Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 17. 23. April. 1889. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B. (Professor Dr. H. Emminghaus).

Ueber ein spinales Symptom im Reconvalescenzstadium acuter Manie.

Von *H. Schermer*, Assistent der Klinik.

Seitdem man in der Psychiatrie im Gegensatz zu der früheren moralistischen Anschauung von den Seelenstörungen mit Ausdauer bestrebt ist, die nächsten Ursachen der Psychosen in dem Substrat der Psyche und nicht ausserhalb desselben zu finden, ist es nach und nach gelungen, für einzelne Geistesstörungen die entsprechenden pathologisch-anatomischen Veränderungen im Gehirn genauer festzustellen. So kennen wir die organischen Ursachen gewisser Formen der Demenz, sind ziemlich genau unterrichtet über den Degenerationsprocess im Centralnervensystem, welchem das symptomreiche und wechselvolle Bild der progressiven Paralyse entspricht. Für die Manie dagegen konnte, wie Mendel[1]) sagt, ein pathologisch-anatomisches Substrat im Gehirn bis jetzt nicht entdeckt werden. Der verhältnissmässig seltene Ausgang in Exitus lethalis bedingt, dass nur wenige Untersuchungen in dieser Richtung vorliegen, und diese wenigen widersprechen sich zum Theil sogar direct. Calmeil[2]), Meinert[3]) und Emminghaus[4]) constatirten übereinstimmend eine starke Injection der Gefässe der Pia mater und der Hirnrinde, Ripping[5]) fand eine höchstens bis zur obersten Ganglienzellenschichte reichende Vermehrung der Kerne und Neubildung zahlreicher kleiner, runder Zellen mit kleinem, hellglänzendem Kern. Die Fälle, die Mendel[6]) zu untersuchen Gelegenheit hatte, ergaben einen durchaus negativen, mikroskopischen Befund. Wir sind deshalb einstweilen zu der Anschauung berechtigt, dass wir es bei der Manie mit einer blos functionellen Störung der grossen Centren der Hirnrinde zu thun haben. Umsomehr muss es daher unser Interesse erregen, im Gefolge dieser functionellen Hirnkrankheit einem spinalen Symptome zu begegnen, für welches man bis jetzt meist eine organische Veränderung im Rückenmark zu postuliren gewohnt war; ich meine das Fehlen des Patellarsehnenreflexes, von Mendel »Westphal'sches Phaenomen« genannt.

Aus diesem Grunde mag die Veröffentlichung der vier folgenden Fälle gerechtfertigt erscheinen, auch wenn dieselbe für die Lösung der Frage des inneren Zusammenhanges zwischen der spinalen Störung und der zu Grunde liegenden Psychose nicht mehr als den Werth haben sollte, das erste statistische Material zu bilden.

I. Marie Z., 26 Jahre altes Dienstmädchen aus Württemberg, wurde in der Nacht vom 18. auf den 19. September 1887 in die hiesige Klinik gebracht. Anamnestisch konnte von den Begleitern nur soviel ermittelt werden, dass Patientin von gesunden Eltern stammt, hier in Dienst war und plötzlich erkrankt ist.

Bei der Aufnahme zeigt Patientin in ihrem Aeussern grosse Vernachlässigung. Sie ist von mittlerer Statur, gracilem Knochenbau, schlecht genährt, wiegt 49,5 kg. Die Gesichtsfarbe ist blass; die Körpertemperatur erweist sich für das Gefühl nicht erhöht; die Körperhaltung ist wechselnd, bald schwach und schlottrig, bald straff. Das Bewusstsein ist getrübt. Auf dem Gesichte der Kranken malt sich bald grosse Angst und Verzweiflung, bald zeigt es ekstatischen Ausdruck. Patientin ist in steter Bewegung, gesticulirt lebhaft, macht öfters Abwehrbewegungen, schlägt die Hände über dem Kopfe zusammen, rauft sich die Haare etc. Dabei spricht und schreit sie fortwährend; Reden in pathetischem Tone wechseln mit Ausbrüchen wilder Verzweiflung und Angst.

Empfindungs-, Wahrnehmungs- und Gedächtnissvermögen lassen sich nicht beurtheilen, da Patientin höchst selten und dann nur kurz und zum Theil in völlig apokrypher Form Antwort gibt. Das Denkvermögen ist insoferne gestört, als sich ihr ganzer Vorstellungskreis immer nur um den einen Gedanken des Ermordetwerdens dreht.

Eine gründliche körperliche Untersuchung kann momentan wegen der hochgradigen Unruhe der Kranken nicht vorgenommen werden; jedoch wird soviel festgestellt, dass Patellar-, Plantar- und Rachenreflex etwas gesteigert sind.

Der Urin ist klar, hat ein specifisches Gewicht von 1012, reagirt sauer, ist frei von Eiweiss und Zucker.

In den beiden nächsten Tagen ist Patientin noch ausschliesslich von ängstlichen Vorstellungen beherrscht, die sie völlig verwirrt zum Ausdruck bringt: »Oh! ich bin verloren, ich hab eine Erscheinung gehabt! Ich bin keine Mörderin! Nein ich bin keine Mörderin! Der Dr. E. ist mein Richter, er soll's bezeugen. Die Freiburger sagen, ich sei eine Mörderin, es heisst, ich sei eine Mörderin — ich war bei einem alleinstehenden Fräulein, die wollte mir Gift geben — es kamen zwei Männer, die wollten mich umbringen etc.« Verweigert theilweise die Nahrungsaufnahme aus Furcht vor Vergiftung. Des Weiteren gestaltet sich der Krankheitsverlauf folgendermassen:

25. IX. Schläft des Nachts meist gar nicht, lärmt, schlägt wider die Thüre, zerreisst die Bettdecke, ist unrein, beschäftigt sich mit ihren Excrementen.

29. IX. Heute kurze Zeit ruhig, verräth Krankheitseinsicht, indem sie äussert, es fehle ihr im Kopfe, sie sei schwach im Kopfe.

30. IX. Grosse motorische Unruhe; Patientin ist ausgelassen lustig, lacht, tanzt, singt erotische Lieder, wirft verliebte Blicke nach den Aerzten.

3. X. Wird aggressiv gegen Wärterinen und Kranke.

[1]) Mendel, »Die Manie«. S. 169.

[2]) Calmeil, Dict. de Méd. Art. Manie.

[3]) Meynert, Ueber die primären Formen des Irrsinns«. Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte zu Wien, 1871. Nr. 28 und 29.

[4]) Emminghaus, »Kinderpsychosen«. pg. 157.

[5]) Ripping, »Die Geistesstörungen der Schwangeren etc.« 1877. pg. 72.

[6]) Mendel, loco cit. pg. 168.

16. X. Fast anhaltend heitere Stimmung mit gehobenem Selbstgefühl.

24. X. Simulirt ab und zu bei der Visite einen Ohnmachtsanfall, sonst immer heiter und schwatzend. Liest mit Stentorstimme das Inhaltsverzeichniss eines Bandes der Gartenlaube vor. — Liebt es, sich absonderliche Frisuren zu machen, schmückt sich mit jedem Läppchen das sie findet. — Nahrungsaufnahme mangelhaft, indem sich Patientin kaum Zeit zum Essen nimmt.

1. XI. Bei der Visite ruft sie laut mit theatralischem Affect: »Ich sehe den Himmel offen, Gott Vater, Sohn und den hl. Geist! Alles ist Gold! Ich bin todt!« Bei den letzten Worten lässt sich Patientin hinfallen und bleibt regungslos an der Erde liegen. Am Abend ist sie wieder aufgeräumt und ausgelassen; sagt mit lachendem Gesicht: »Freiburg hat mir den Kopf abgehauen, Freiburg kann ihn mir nicht mehr aufsetzen.«

15. XI. Schmierte in den letzten vierzehn Tagen hauptsächlich während der Nacht öfters mit ihren Excrementen; im Uebrigen status psychicus idem.

3. XII. Hält sich seit einigen Tagen reinlich; schlingt die Speisen mit grosser Gier hinab.

7. XII. Schreit zum Fenster hinaus: »Ich bin die Kaiserin und Königin Maria Theresia Z... von Oesterreich!«

28. XII. Stimmung ausgelassen heiter; hochgradige Ideenflucht. — Patientin sucht sich mit den andern Kranken und den Aerzten zu necken. — Leichte erotische Erregung.

6. I. 88. Wieder gewaltthätig und zerstörend.

29. I. Zu Rede gestellt, warum sie immer des Nachts die Zelle nass mache, erwiedert sie, dass sie das Wasser aus lauter Angst, die Zelle nass zu machen, verliere.

10. II. Starke Neigung zu Wuthausbrüchen.

27. II. Am linken Knie hat sich eine Bursitis praepatellaris entwickelt. — Patellarreflex beiderseits vorhanden. — Patientin ist ruhiger geworden.

10. III. Wird seit dem 1. ds. Mts. auch bei Tage zu Bett gehalten, in welchem sie sich leidlich ruhig verhält.

17. III. Hat sich körperlich sehr erholt. Hat seit einiger Zeit die Eigenthümlichkeit, in kindlichem Satzbau zu sprechen; so sagt sie: »Ich ganz gesund bin; ich gerne nach Hause möcht; der Himmel draussen schön ist.« Personenverwechslung.

27. III. Kann auf die ruhige Abtheilung verlegt werden.

3. IV. Ist tief verstimmt, fühlt sich matt und abgeschlagen in allen Gliedern. Sie spricht spontan kein Wort. — Bettruhe. Patellarreflex fehlt beiderseits. — Sensibilität an den unteren Extremitäten nicht gestört.

7. IV. In den letzten Tagen abends leichte Temperatursteigerungen; rechts hinten oben verschärftes rauhes Vesiculärathmen.

10. IV. Temperatur wieder normal; Stimmung wieder etwas besser. — Patellarreflexe fehlen noch immer.

11. IV. Bekommt beim Versuche, aufzustehen einen leichten Ohnmachtsanfall. — Spricht hie und da noch in ihrem kindlichen Satzbau.

22. IV. Fühlt sich so wohl, dass sie das Bett zu verlassen wünscht, was ohne üble Folgen geschieht. Sprache in normalem Satzbau.

Patellarreflexe sehr schwach; deutliches Brach-Romberg'sches Phänomen; Klage über ein Gefühl von Taubsein in den Füssen; im Uebrigen Sensibilität normal.

29. IV. Erholt sich zusehends, bekommt eine bessere Gesichtsfarbe, ist zufrieden und fleissig.

4. V. Es besteht immer noch Abschwächung der Patellarreflexe und Brach-Romberg'sches Phänomen.[7]) — Stimmung und Ernährungszustund sehr gut.

18. V. Psychisch völlig normal; hilft fleissig und geschickt bei Haus- und Küchenarbeiten. — Patellarreflexe links normal, rechts noch abgeschwächt.

29. V. Patellarreflexe beiderseits normal. Wird als genesen in ihre Heimath entlassen.

[7]) Ich verstehe unter letzterem Symptom Schwanken und Schwindelgefühl bei geschlossenen Augen.

Die Menses cessirten 2 mal in den Monaten October und December, kehrten dann später regelmässig wieder, dauerten in normaler Stärke 3—4 Tage.

Das Körpergewicht sank unter geringen Schwankungen bis zum 26. II., um von da an wieder stetig zunehmen und das Aufnahmegewicht bei der Entlassung um 8,0 kg zu übersteigen.

II. Anna Maria Sch..., 22 Jahre alt, ledige Dienstmagd aus Walsburg, wurde am 22. März 1888 in die hiesige Klinik aufgenommen.

Patientin ist in keiner Weise hereditär belastet, war als Kind nie krank; im 15. Lebensjahre soll sie eine Unterleibsentzündung durchgemacht haben. Vor 2 Jahren wurde sie im Ortshospital an einer Geistesstörung behandelt, welche in ihren Symptomen, der Beschreibung der Eltern nach, ähnlich begonnen haben soll wie die jetzige. Im letzten Jahre war Patientin im Dienste in einem Gasthause zur vollen Zufriedenheit ihres Dienstherrn. Vor 4 Wochen nun verliess sie plötzlich diesen Platz und kehrte zu ihren Eltern zurück. Zu Hause lief sie planlos umher, jammerte und klagte und konnte selbst des Nachts nicht zur Ruhe kommen. Ab und zu soll sie auch ganz ruhig gewesen sein und sich mit Handarbeiten beschäftigt haben, jedoch immer nur für ganz kurze Zeit. Hin und wieder wurde sie so erregt; dass sie die in ihre Nähe kommenden Gegenstände zertrümmerte. Auch Selbstmordideen soll sie geäussert haben.

Patientin ist in ihrem Aeussern sehr vernachlässigt; ihre Haltung etwas gebeugt, die Gesichtsfarbe blass livide, Körpertemperatur normal. Die Ernährung der gracil gebauten Patientin ist sehr schlecht; sie wiegt 50,0 kg.

Das Bewusstsein ist getrübt. Patientin ist völlig unorientirt über die Zeit und ihre Umgebung. Ihre Geberden sind lebhaft und die allgemeine Beweglichkeit ist gesteigert; jedoch ist der Gesichtsausdruck meist auffallend stumpf. Der Sprachapparat ist in fortwährender Thätigkeit. Besondere Wahnideen bestehen nicht.

Die körperliche Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt, soweit sich dies bei dem aufgeregten Zustand der Patientin constatiren lässt, keinerlei Abnormitäten.

Die Pupillen reagiren prompt; Patellarreflex beiderseits vorhanden. Ueber Sensibilität und Schmerzempfindung ist ein sicheres Urtheil nicht zu gewinnen.

Der Urin ist klar, reagirt sauer, hat ein specifisches Gewicht von 1015, ist frei von abnormen Bestandtheilen.

23. III. Patientin kam die ganze Nacht nicht zur Ruhe, schwatzte in einem fort, meist in biblischem Tone von Heiligen und der Jungfrau Maria redend. — Nahrungsaufnahme gut.

24. III. Kleidet sich nicht selbst. — Läuft tagsüber planlos umher, fortwährend in monotoner Weise schwatzend; des Nachts wieder kein Schlaf.

25. III. Schläft auf 2,0 g Sulfonal gut.

5. IV. Fortwährend hochgradige Unruhe; Schlaf nur nach Darreichung eines Hypnoticum.

20. IV. Patientin ist viel ruhiger geworden; schläft seit 8 Tagen des Nachts ohne Hypnoticum.

2. V. Wieder erregter, auch erotisch; schwatzt Tag und Nacht.

11. V. Bei der klinischen Vorstellung kugelt Patientin auf der Erde herum, spricht unaufhörlich in gänzlich unzusammenhängender Weise, lacht, schreit etc. Wiederholte Versuche, etwas von ihr zu erfragen, scheitern, da sie nicht im Stande ist, eine Idee auch nur für die kürzeste Zeit festzuhalten.

24. V. Die motorische Unruhe, die verworrene Ideenflucht, Schwatzhaftigkeit etwas geringer, auch der Schlaf ist meist länger und zeigt weniger Unterbrechungen.

4. VI. Seit 3 Tagen wieder ausgelassen heiter, erotisch; attaquirt die Aerzte und das Wartpersonal. — Dieser Zustand hält an bis zum

2. VII. Patientin wird ruhiger, wünscht zu arbeiten.

24. VII. Anhaltende Beruhigung, die Kranke ist aber noch nicht im Stande einen zusammenhängenden Brief zu schreiben. Hilft fleissig bei leichten Arbeiten im Hause.

28. VII. In den letzten 2 Tagen wieder aufgeregter.

6. VIII. Wieder beruhigt, wird auf die ruhige Abtheilung verlegt. Schreibt einen ganz ordentlichen Brief, wie sie starke Sehnsucht nach der Heimath äussert.

8. VIII. Patellareflex beiderseits auf keine Weise hervorzurufen. — Kein Achillessehnenphänomen, kein Fussclonus, Brach-Romberg'sches Phänomen nicht vorhanden. Ob Parästhesien vorhanden sind oder nicht, bleibt fraglich, da die Kranke widersprechende Angaben darüber macht. Die Sensibilität erweist sich an den unteren Extremitäten bei der Nadelprüfung als intact.

15. VIII. Eine abermalige stärkere Erregung äusserst sich in Fortdrängen und in erotischen Attaquen gegen die Aerzte. Zurückverlegung auf die unruhige Abtheilung.

17. VIII. Immer noch gleich aufgeregt; schimpft auf die Anstalt, die Aerzte etc.; gebraucht mit Vorliebe dem sexuellen Gebiet entnommene Schimpfworte. — Schlaf schlecht.

19. III. Zeigt wieder ein ruhiges und geordnetes Benehmen; wird auf ihre Bitten zur ruhigen Abtheilung versetzt.

10. IX. Hält sich ruhig und ordentlich, arbeitet fleissig; ist dabei immer heiter, ohne jedoch die Norm zu überschreiten. — Partellarreflex immer noch fehlend.

28. IX. Psychisches Verhalten normal. Patellarreflexe wieder vorhanden, jedoch beiderseits abgeschwächt.

I. X. Wird als genesen nach Hause entlassen.

Patientin hatte ihre Menses während der ganzen Krankheit regelmässig alle 4 Wochen, 4–6 Tage lang, in mässiger Stärke.

Das Körpergewicht stieg unter geringen, ganz unregelmässigen Schwankungen von 50,0 kg bei der Aufnahme auf 57,0 kg bei der Entlassung

III. Pauline H..., 17 Jahre alte Müllerstochter aus dem Amte St. Blasien.

Sie ist insofern hereditär mit Geisteskrankheiten belastet, als ihre Mutter vor mehreren Jahren eine furibunde Manie von 12 tägiger Dauer durchgemacht hat.

Als Kind war sie immer gesund und soll sich geistig und körperlich normal entwickelt haben. In den letzten Jahren machte sie Diphtheritis faucium und im November 1887 Scharlach durch. Seit dieser Zeit cessiren die Menses, welche bis dahin regelmässig gewesen sein sollen.

Die jetzige Erkrankung begann gestern Abend plötzlich: Die Kranke wurde unmotivirt sehr lustig, schwatzte unaufhörlich und konnte des Nachts gar nicht zur Ruhe kommen. Am Morgen des 28. Februar erschien sie plötzlich im Familienzimmer und erklärte, sie habe eine Vision gehabt, der Teufel sei da gewesen mit Hörnern und habe ihr gesagt, sie solle auf's Dach spazieren und sich hinunterstürzen. Dieser Weisung sei sie auch gefolgt; es sei aber dann die Mutter Gottes gekommen und habe sie davon abgehalten.« Hierauf verliess sie das Zimmer, ging auf ihre Stube, trank das Weihwasser aus, um sich gegen den Teufel gefeit zu machen, und entwischte schliesslich nur halb angekleidet auf die Strasse. Kurz darauf wurde sie von der Polizei ihren Angehörigen wieder zugeführt und dann sofort in die hiesige Klinik gebracht.

Die Kranke sieht in jeder Beziehung sehr reducirt aus; das Körpergewicht der sehr grossen, kräftig gebauten Patientin beträgt 53,0 kg. Das Gesicht ist lebhaft geröthet; die Körpertemperatur nicht erhöht.

Die Kranke ist völlig unorientirt über ihre Umgebung und verwechselt die Personen. Ihr Gesichtsausdruck ist heiter und übermüthig. Ihr gesammter motorischer Apparat, incl. Sprachapparat ist in fortwährender Thätigkeit; dazu besteht grosse Beschleunigung des Vorstellungsverlaufes. Die körperliche Untersuchung ergiebt, soweit sich dies bei der grossen Unruhe der Kranken constatiren lässt, an Brust- und Bauchorganen nichts Abnormes. — Patellar-, Pupillar-, Rachen- und Plantar-Reflex normal. Sensibilität und Schmerzempfindung sind nicht zu prüfen. Der Urin ist hellgelb, klar, reagirt sauer, hat ein specifisches Gewicht von 1012, frei von Eiweiss und Zucker.

29. II. Benimmt sich sehr ausgelassen und ungeberdig; singt, lacht und schreit ohne Unterbrechung; Nahrungsaufnahme hastig und ungenügend.

10. III. Immer gleich heiter, ausgelassen, erotisch; zeigt grossen Bewegungsdrang, Personenverwechslung; ist oft unrein mit Stuhl und Urin. Schlaf wird durch Darreichung von Sulfonal (2,0) erzielt.

18. III. Heute viel ruhiger, keine Personenverwechslung mehr.

24. III. Verlegung auf die ruhige Abtheilung — Gesitteter in ihrem Benehmen, vernachlässigt noch sehr ihr Aeusseres, auch von gesellschaftlichen Formen ist noch nichts zu merken. Patient ist stets heiter und zufrieden, sucht die anderen Kranken zu necken.

30. III. Wieder sehr aufgeregt, schlaflos; verweigert die Nahrung. »Ich ess' nicht so viel, ich lebe von Luft und Liebe.«

9. IV. Anhaltende hochgradige Erregung mit starkem Bewegungsdrang; legt sich auf den Boden und macht mit dem ganzen Körper heftige schlangenartige Bewegungen. — Relative Abstinenz, Schlaf durch Sulfonal (1,5 — 2,0 gr.).

25. IV. Seit 4 Tagen viel ruhiger, erkennt ihre Umgebung wieder. Der Gesichtsausdruck ist immer noch strahlend heiter: »Weshalb soll ich nicht lustig sein, ich bin ja erst 17 Jahre alt?«

30. IV. Leichte Depression, welche die Nacht und den Tag anhält.

4. V. Bekommt am Morgen einen heftigen Angstanfall, der nach etwa einer halben Stunde in tolle, ausgelassene Lustigkeit umschlägt.

5. V. Immer noch heiter und ausgelassen. Am Nachmittag geräth Patientin in heftige Wuth, schreit wiederholt: »Der Teufel! der Teufel!«, zertrümmert Fenster und attaquirt Wärterinnen. Das Bewusstsein erscheint dabei aufgehoben.

11. V. Angstanfall mit darauffolgendem Furor; muss isolirt werden.

13. V. In der Nacht sehr unruhig; geht ebenso, wie auch unter Tag, immer wieder ausser Bett; geringe Benommenheit. Temperatur leicht febril, jedoch ist objectiv nichts nachweisbar.

24. V. Liegt tief erschöpft ruhig zu Bett, fast regungslos, nur hin und wieder flüsternd. Klagen über starke Kopfschmerzen. — Abschwächung der Patellarreflexe; träge Pupillenreaction.

28. V. Zeigt noch starke Ermüdung; spricht nur mit ganz schwacher Stimme. Das Bewusstsein scheint erfüllt von unheimlichen Vorstellungen: »Ich bin verloren, ich komme in die Hölle, der Teufel holt mich!« Choreatische Bewegungen der oberen Extremitäten.

17. VI. Ermüdungszustand hält an; starke Depression. Patellarreflex fehlt links, rechts ist er abgeschwächt.

2. VII. Erklärt heute, sie sei gesund; Stimmung gut.

4. VII. Klagt wieder über Angst und Druck auf der Brust; fürchtet in die Hölle zu kommen. Patellarreflex fehlt beiderseits.

10. VII. Klagt darüber, dass es heute Morgen ihr den Hals zugeschnürt habe, dass sie nicht habe schlucken können (Globus).

13. VII. Völlig normales Verhalten, spricht ganz objectiv über ihre Krankheit; gibt an, dass sie vieles nicht mehr wisse, dass sie wohl sehr unartig gewesen sei.

15. VII. Bleibt heute zu Bett liegen, klagt über Kopfschmerzen, am Abend Angst, Furcht vor Gespenstern. Spricht leise und ängstlich.

22. VII. Harnverhaltung, Catheterisation. Fast völlige Abstinenz, nimmt nur Wein. Somnolenter Zustand.

26. VII. Seit gestern nimmt Patientin reichlich Nahrung zu sich. Gibt auf Befragen zu, dass sie Stimmen (schimpfende) höre; Näheres ist jedoch nicht zu erfahren. Ab und zu macht Patientin choreatische Bewegungen mit den einzelnen Gliedern.

1. VIII. Heute ganz klar; stellt in Abrede, dass sie Stimmen höre. — Grosses Müdigkeitsgefühl.

8. VIII. Bewusstsein ist klar geblieben. Patientin hat immer noch über grosse Müdigkeit in allen Gliedern, besonders in den Beinen zu klagen; leichte Kopfschmerzen. Patellarreflex fehlt noch beiderseits. Muskelsinn an den untern Extremitäten intact.

10. VIII. Fehlen der Patellarreflexe; kein Brach-Rom-

berg'sches Phänomen; keine Paraesthesien und keine Sensibilitätsstörungen an den untern Extremitäten. Paradoxe Contraction im Extensor halluc long. und Extensor digit. ped. beiderseits. Patientin ist heute ausser Bett.

11. VIII. Paradoxe Contraction nur noch links erzeugbar.

15. VIII. Appetit reichlich. Patientin schläft viel, auch unter Tag.

21. VIII. Schläft öfters auf dem Stuhle ein. — Liest ein Buch siebenmal, ohne den Inhalt zu behalten. Hört beim Vorlesen zu und fragt plötzlich: »Weshalb lesen sie nicht mehr?« obwohl weiter vorgelesen wird. — Die Patellarreflexe fehlen immer noch.

3. IX. Ist munter und vergnügt.

27. IX. Hat sich bis heute gut gehalten.

Patellarreflex beiderseits wieder vorhanden.

27. X. Wird als genesen nach Hause entlassen. Die Menses zeigten sich am 15. April, schwach, hielten 1 Tag an, cessirten dann während der ganzen Krankheit, um am 14. October in normaler Stärke wieder aufzutreten.

Das Körpergewicht stieg von 53, 0 kg bei der Aufnahme bis zum 27. Mai auf 59,5 kg, erreichte am 30. Juni mit 52,5 kg seinen niedrigsten Stand und stieg von da ab bis zur Entlassung allmählich auf 70,4 kg.

Zum Schlusse theile ich noch einen Fall mit, welcher in der psychiatrischen Klinik zu Dorpat beobachtet wurde, als Herr Prof. Emminghaus noch Vorstand derselben war. Es ist meines Wissens dies der erste Fall, in welchem Fehlen der Patellarreflexe nach Manie entdeckt wurde. Herr Prof. Kräpelin hatte die Güte, mir die Krankengeschichte zur Benützung zu überlassen.

IV. Lena U., 19 Jahre alt, aus Lifland, stammt von gesunden Eltern und soll hereditär mit Psychosen gar nicht belastet sein. Die ursprünglichen körperlichen und geistigen Anlagen waren gute; sie machte in der Schule gute Fortschritte; im Hause zeigte sie sich anstellig und arbeitsam, soll sich aber im Verkehr mit andern von empfindlichem heftigem Charakter gezeigt haben.

Im Frühjahr 1884 machte ihr ein ältlicher Mann, gegen den sie eine unbegründete Abneigung verspürte, einen Heirathsantrag. Die Verwandten glaubten sie zu dieser guten Partie nach Kräften überreden zu müssen. Anfangs wurde Patientin bei Berührung dieses Themas sehr aufgeregt, es kam zu heftigen Scenen etc.; da das Drängen jedoch nicht nachliess, legte Patientin mit der Zeit in dieser Sache vollständige Gleichgiltigkeit an den Tag, zog sich zurück, suchte die Einsamkeit, zeigte sich im Umgang mit ihren Schwestern scheu, sprach wenig, zeigte Unlust zur Arbeit etc. Am 10. VII. 84 machte die Familie den letzten Versuch, das Mädchen zu der Heirath zu zwingen. Nach einer heftigen Scene, während welcher sich Patientin wie »irre« gebärdet haben soll, kam sie in grosse Aufregung, brachte die Nächte schlaflos zu, sang und lachte, zeigte motorische Unruhe und Zerstörungstrieb, überhäufte die Verwandten mit Schmähreden, liess sich selbst zu Thätlichkeiten hinreissen, vernächlässigte ihre Körperpflege, so dass man sich genöthigt sah, sie zur psychiatrischen Klinik zu bringen, wo sie am 12. VII. 1884 aufgenommen wurde.

Patientin ist von mittlerer Statur, mit gut entwickelter Muskulatur und kräftigem Knochenbau. Die Gesichtsfarbe ist schmutziggelb; die Supercilien sind stark entwickelt, erreichen die Mittellinie und bedecken theilweise noch den Nasenrücken. Die Pupillen zeigen hinsichtlich der Weite geringe Differenzen, die Reaction auf Lichteinfall ist gut. Linkerseits ist geringer Strabismus convergens vorhanden. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergibt normale Verhältnisse. — Der Appetit ist gering, Stuhl normal, Harn von hellbrauner Farbe, saurer Reaction, ist frei von abnormen Bestandtheilen.

Motilität, Sensibilität und Reflexerregbarkeit erweisen sich als normal.

Die Stimmung ist wechselnd; doch behält die heitere meist die Oberhand; nur vorübergehend zeigt sich eine traurige Verstimmung mit Weinen und Jammern, welche dann plötzlich wieder in eine heitere umschlägt. Die motorischen Apparate befinden sich in bedeutender Erregung: Bald spricht sie, auf dem Boden sitzend, mit den Händen gesticulirend, unverständliche Worte vor sich hin, ist dann plötzlich still, schaut auf und bricht in Lachen aus; bald springt sie auf, tanzt singend im Zimmer umher, poltert an der Thüre oder am Fenstergitter, macht abwehrende Bewegungen mit den Händen, zerreisst ihre Kleider, rauft sich in den Haaren etc. Wird sie am Zerstören gehindert, so schlägt sie wild um sich, beisst und kratzt. Ihre Körperpflege vernachlässigt sie völlig, beschmiert sich den Kopf mit Speichel und Urin, reisst sich Haarbüschel aus, um mit ihnen zu spielen. Sie ist durchaus nicht zu fixiren.

13. VII. Der oben beschriebene Zustand hält an. Bekommt täglich 1 Bad von 28° R in der Dauer von $^1/_2$ Stunde.

15. VII. Ist die ganze Nacht und den darauf folgenden Tag unruhig gewesen, hat gar nicht geschlafen; 0,004 Hyoscin ohne Erfolg.

18. VII. Andauernde motorische Erregung; Zerstörungstrieb; relativ abstinent. Schlaf nur auf künstlichem Wege zu erzielen.

22. VII. Plötzlicher Collaps; fuliginöser Belag auf den Lippen; Zunge belegt, trocken. Puls klein, frequent. Erhält Wein und Campher subcutan; erholt sich im Laufe des Tages wieder.

24. VII. Ist wieder bei guten Kräften, der Puls hat sich gehoben; die Stimmung ist heiter; die Nächte ziemlich ruhig. Nahrungsaufnahme genügend. Die Insalubrität hat sich etwas gebessert.

27. VIII. Patient schläft nachts ruhig; am Tage singt sie noch viel, zeigt aber keinen Bewegungsdrang. Auf Fragen gibt sie keine Antwort, bricht vielmehr in ein unbändiges Lachen aus.

28. VIII. Zeigt grosse Ermüdung; möchte den ganzen Tag zu Bett liegen, da sie noch nicht denken könne. — Somatisch nichts Abnormes.

5. IX. Befindet sich ganz wohl, verlangt Beschäftigung, liest, unterhält sich mit ihrer Umgebung. Das Betragen hat noch immer etwas Läppisches. — Die Erinnerung an die Vorgänge während der Krankheit ist völlig erhalten.

10. IX. Ist den ganzen Tag in heiterer Stimmung, lacht sehr viel, will sich nicht mehr beschäftigen; gegen Abend fängt sie an zu singen. Die Nacht verbringt sie schlaflos, singt, tanzt, poltert an die Thüre.

12. IX. Die Aufregung steigert sich; Patientin wird zerstörend, gewaltthätig gegen das Wartpersonal, deponirt ihre Faeces in die Stube. — Das Körpergewicht sinkt.

30. IX. Die motorische Unruhe hat völlig nachgelassen. Patientin ist ruhig und besonnen, zeigt Krankheitseinsicht, verlangt nach Beschäftigung, ermüdet leicht, wird am Tage oft schlafend getroffen. Das Körpergewicht steigt wieder.

20. X. Eine genaue Untersuchung ergibt: Fehlen der Sehnenreflexe an den untern Extremitäten und verminderte Schmerzempfindlichkeit beiderseits. Eine Messung der Tastkreise ergibt wenig von der Norm abweichende Daten.

	Rechts	Links
Unterschenkel	20 mm	20 mm
Fussrücken	33 »	31 »
Planta pedis	25 »	24 »

Der Temperatursinn ist nicht verändert; Patientin unterscheidet Temperaturunterschiede von 1° mit grösster Präcision, Unterschiede von weniger als 1° werden nicht immer genau diagnosticirt.

Nach einer Galvanisation des Rückens mit 30—40 El., wobei häufige Wendungen ausgeführt werden, treten die Sehnenreflexe linkerseits deutlich zu Tage, um bald wieder zu verschwinden. Wiederholt angestellte Galvanisationen sind nicht von diesem Erfolge begleitet.

10. XI. Die Patellarsehnenreflexe sind nicht wiedergekehrt; deutliches Brach-Romberg'sches Phaenomen.

Patientin wird von den Angehörigen aus der Anstalt genommen.

(Schluss folgt.)

Die Nahrungsberechnung für den Säugling.

Von Dr. *Ph. Biedert,* Oberarzt am Bürgerspital in Hagenau i./Els.

Herr Dr. Escherich hat in Nr. 13 u. 14 der Wochenschrift eine Methode der Nahrungsberechnung für Säuglinge veröffentlicht, bei der er sich zum Theil auf meine diese Frage eröffnende Arbeit »über die für Säuglinge nothwendigen Nahrungsmengen (Nahrungsminima)«[1]) stützt und diese in sehr freundlicher Weise würdigt. Um so nothwendiger dürfte es sein auf das Irrthümliche einer weiteren Angabe von Escherich aufmerksam zu machen, dass diese »vielversprechende Untersuchungsreihe« . . . . »leider nicht in's Praktische übertragen worden sei.« Die Ergebnisse dieser Untersuchungsreihe sind so sehr bei uns praktisch und tägliches Brod geworden, dass ich für keine Kinderernährung ohne sie mehr dauernd die Verantwortung übernehmen möchte. Diese praktische Verwerthung ist aber auch ausgiebig veröffentlicht — E. hat dies wohl wegen der nicht direct den Inhalt anzeigenden Titel übersehen — in meinen »Wagestudien I. . .; II. Die Entwicklung von Säuglingen bei der Minimalnahrung«[2]), ferner in meiner Monographie »Untersuchungen über die chemischen Unterschiede der Menschen- und Kuhmilch, zweite sehr vermehrte Ausg.«[3]), endlich in meiner Bearbeitung des »Vogel'schen Lehrbuchs, 9. Aufl.«[4]). Die eingehendste Bearbeitung enthält der erstgenannte Aufsatz »Wagestudien«. Die späteren stützen sich auf eine fortlaufende Reihe ganz gleichlautender Erfahrungen.

Ich gebe hier nach der zweitgenannten Arbeit den wesentlichen Inhalt meiner Vorschriften wieder: »Man rechnet auf das Kilo Körpergewicht des Kindes circa 200 g der (von mir empfohlenen) Rahmmischungen oder Kuhmilchverdünnungen und berechnet dann durch Multiplication dieser Zahl mit der Anzahl Kilo, die das Kind wiegt, die Gesammtnahrungsmenge für 24 Stunden Um dann dem mit jedem Monat zunehmenden Nahrungsbedürfniss zu entsprechen, gibt man die Nahrung dem wachsenden Kinde in immer concentrirterer Mischung (d. i. immer schwächerer Verdünnung). Somit gibt man die Kuhmilch im ersten Monat mit 3 Theilen Zuckerwasser (oder Schleim), im 2.—4. Monat mit 2 Theilen, vom 4.—5. ab mit gleichen Theilen Wasser, etwa vom 6.—7. Monat ab 2 Theile Milch und 1 Theil Wasser und dann immer weniger von letzterem bis zu reiner Kuhmilch. Von dem natürlichen Rahmgemenge[5]) geht Gemenge I im 1. Monat, Gemenge II im 2., Gemenge III im 3.—4., Gemenge IV im 5.—6., Gemenge V im 6.—7. Monat, darauf folgt Kuhmilch 2 : 1 etc. Das künstliche Rahmgemenge[6]), das die zahlreichsten Abstufungen erlaubt, wird im 1. Monat als Mischung I—III gegeben, im 2. als Mischung IV, im 3. als Mischung V. u. VI und so fort immer in den 2 Mischungen, die der Multiplication der Monatszahl mit 2 entsprechen, bis im 7. Monat Mischung XIII u. XIV und endlich Kuhmilch 2 : 1 kommen. In den späteren Monaten kann Krankheit noch vorübergehende Verwendung selbst der allerdünnsten Mischung der 3 genannten Präparate nöthig machen; in allmähligen Uebergängen steigt man dann wieder zu der dem Alter entsprechenden Wirkung auf. Und in jedem Fall auch darüber mehr oder minder hinaus, sowohl in Concentration als Menge, wenn man ganz sicher beobachtet, dass dies das Kind gut verträgt. . . . . . Meine Minimalmengen sollen nur Anhaltspunkte bei schwachverdauenden Säuglingen sein, mit Benutzung deren dem Arzt eine verständig individualisirende Behandlung erleichtert wird.«

Diese Vorschriften haben vor dem neuen Vorschlag Escherich's den Vortheil langjähriger praktischer Bewährung voraus, dann die grosse Leichtigkeit, mit der ohne Gedächtnissanstrengung jederzeit die Nahrungsmenge durch einfache Multiplication der Kilo-Körpergewicht mit 200 (2,250—2,750 k zählen dabei als 2,5 k, dagegen 2,750—3,250 als 3 k u. s. w.) gefunden werden kann, endlich den entscheidenden Vorzug, dass sie allein sich genau an die bereits vorhandene Entwicklung, Grösse und Körperfülle des Kindes anpassen, welche Dinge doch bekanntlich innerhalb gleicher Lebensmonate bei verschiedenen Kindern ausserordentliche Verschiedenheiten zeigen und welche somit einen maassgebenden Einfluss auf das Nahrungsbedürfniss ausüben. Wenn ein Kind im Anfang des 3. Monats 4 k wiegt, so wird es nach mir 800, wiegt es 5,5 k 1100 gr einer Mischung von 1 Theil Kuhmilch und 2 Theilen Zuckerwasser[7]) erhalten, nach Escherich jedes von beiden 990 ccm Milch 5 : 4. Während also das schwächliche Kind bei mir zunächst nur etwa 270 g reine Milch bekommt, erhält es hier ohne Weiteres 500 g und das ist weit mehr, als viele derartige Kinder vertragen. Noch schlimmer wird das Missverhältniss, wenn es sich um ein 6 monatliches schwaches Kind handelt, das öfter auch nicht mehr wiegt.

Die chemisch ungünstige Beschaffenheit des Kuhmilcheiweisses macht sich hier unbedingt geltend und dafür sprechen ganz in meinem Sinn auch Dogiel's Untersuchungen, die überhaupt bei richtiger Auffassung sich durchaus mit meinen Ergebnissen vertragen. Ich freue mich, dass Herr Escherich die Ungunst der chemischen Beschaffenheit des Kuhmilcheiweisses selbst anerkennt dadurch, dass er die Versuche der Peptonisirung für einen »entschiedenen Fortschritt« erklärt; dasselbe hatte ich bei Erwähnung eines günstigen Versuches mit der Löfflund'schen Conserve als Krönung meiner Lehre bezeichnet. In derselben neueren Arbeit[8]) habe ich endlich auch gezeigt, dass man in der Mehrzahl der Fälle nicht einfach so viel Kuhcaseïn, wie Menschencaseïn geben kann[9]) und dass es Fälle genug gibt, wo trotz Soxhlet'scher Sterilisirung die weitgehendste Verdünnung (selbst bis 1 : 8) und in geeigneten Fällen (in denen die Fettassimilation nicht nothleidet) vermehrte Fettbeimischung in irgend einer Art des (übrigens leicht zu bereitenden und zuverlässig sterilisirbaren) Rahmgemenges unbedingt nöthig waren.

Ich habe hier unzählige Male meinen Assistenten zeigen können, dass voreiliger stärkerer Milchzusatz von Abnahme und wieder Verminderung der Milch und Vermehrung des Wassers von Zunahme gefolgt waren.

---

[1]) Jahrb. f. Kinderheilk. N. F., XVII. Bd. 1881.

[2]) Jahrb. f. Kinderheilk. N. F., XIX. Bd. 1883.

[3]) Stuttgart, Enke 1884.

[4]) Ebendaselbst, 1887.

[5]) Das natürliche Rahmgemenge wird mit Rahm hergestellt, der in der Menge von 125 g von 1½ Liter frischer Milch nach 1½ bis 2stündigem Stehen in kaltem Wasser (Eis) abgeschöpft wird. Folgende Mischungen (nach Verfertigung abgekocht, einfach oder mit Milchkocher oder Soxhlet) kommen zur Verwendung:

Gemenge	Rahm	Wasser	Milchzucker	Milch
Gemenge I.	125 ccm Rahm,	375 ccm Wasser,	15,0 Milchzucker,	— ccm Milch
» II.	125 » »	375 » »	15,0 »	75 » »
» III.	125 › »	375 » »	15,0 »	125 » »
» IV.	125 » »	375 » »	15,0 »	250 » »
» V.	125 » »	375 » »	15,0 »	375 » »
» VI.	— » »	250 » »	10,0 »	500 » »

[6]) Von dem künstlichen Rahmgemenge wird aus 1 Löffel Conserve und 13 Löffeln Wasser Mischung I. hergestellt, Zusatz von 1 Löffel Milch zur vorhergehenden Mischung gibt Mischung II., von 2 Löffel Milch Mischung III. u. s. w. bis zu Mischung XIV., welche 13 Löffel Milch. ebenso viel Wasser und 1 Löffel Conserve enthält. Dann folgt Kuhmilch 2 : 1.

[7]) Wenn es sich herausstellt, dass es mehr verträgt und braucht, auch nach und nach mehr Milch in demselben Volum. s. obige Ausführungen.

[8]) Ueber normale Milchverdauung. Jahrbuch f. Kinderheilkunde. N. F. XXVIII.

[9]) Dass selbst viel grössere Mengen des Kuhcaseïn mit Bequemlichkeit zu bewältigen seien, wie in den Flitterwochen der Milchsterilisirung man fast glauben wollte, ist zum Glück wohl jetzt allgemein abgethan.

Andererseits gebe ich zu, dass es mir selbst schon geschienen hat, als ob grössere Wassermassen nicht immer gleichgültig seien und als ob bei der neuerdings nachdrücklicher geübten Sterilisirung grössere Mengen ursprünglicher Milch mit geringerer Wasser-Beimischung manchmal besser bekämen als stärkere Verdünnungen. Diese Erkenntniss zwingt aber nicht von meiner obigen Vorschrift abzugehen, bei der ich am Ende des obigen Citats in der auch im Original gesperrt gedruckten Stelle selbst angegeben habe, dass im Rahmen des angegebenen Volumens Vermehrung der Concentration der Nahrung, soweit als sie nur vertragen wird, zu empfehlen sei. Will man den Wasserzusatz mit dem ganzen Nahrungsvolum noch mehr vermindern, so kann man als Multiplicationsziffer statt der obigen 200 die von mir früher auch schon eventuell benutzten 150 nehmen, also für jedes Kilo Kind 150 ccm Nahrung und bis zu 50 ccm Wasser weniger geben. Es ist also Alles, was Herr Escherich erstrebt, mit meiner Vorschrift zu erreichen, sie hat sich praktisch ausgezeichnet bewährt und leicht ausführbar gezeigt und gestattet ein Anschmiegen an die Individualität des Kindes und des Falles, was für eine rationelle Behandlung unentbehrlich ist.

Ich möchte also sehr rathen, bei dieser Art der Nahrungsberechnung zu bleiben und, wo es erforderlich, sie weiter auszubauen.

Influenza in Gerolzhofen 1888.

Von Dr. *August Schmitt*, k. Bezirksarzt.

Die im Jahre 1888 dahier aufgetretene Influenza hat insofern ein Interesse, weil sie sich blos auf den Stadtbezirk Gerolzhofen beschränkt hat, weil sie blos die Kinderwelt betroffen und weil nach ihr der Keuchhusten aufgetreten ist.

Im Anfange des Mai 1888 begannen einzelne Kinder über Mattigkeit und Kopfschmerz zu klagen, Lichtscheu trat hinzu, als ob Masern im Anzuge wären, das Athmen wurde beschwerlicher, die Lust zum Spielen bei dem schönsten Frühjahrwetter war vorhanden, doch die Beine versagten den Dienst, es kam Husten, ja Krampfhusten und so entwickelte sich die Influenza. Diese bot bald das Bild eines Typhus, bald einer Pneumonie mit Keuchhusten, bald eines wandernden Rheumatismus. Heftiges Fieber, das nicht allein Abends, sondern auch öfter unter tags über 40° C. stieg, Röthe und Schmerzhaftigkeit des Kopfes, manchmal Anschwellungen der Tonsillen, Nasenbluten, in einigen Fällen leichte Anschwellungen der Milz, aber keine Diarrhöen, im Gegentheil Obstipation — Stechen auf der Brust, Schwerathmigkeit, ja Präcordialangst, ein krampfhafter quälender Husten, der beinahe keine Intervallen zuliess, ohne Expektoration, bei der Auskultation zeigten sich gross- und feinblasige Rasselgeräusche, kein Bronchialathmen — heftige neuralgische Schmerzen bald in den Bahnen des Trigeminus, bald in den Gelenken, hauptsächlich links der Rippen, Ohrenstiche, aber keine Reibungsgeräusche der Pleura. Nach 8 bis 10 Tagen liess das Fieber nach, Schweiss und Expectoration trat ein und eine grosse Depression erfolgte, der Stuhl wurde regelmässig, der Schlaf erquickend und starker Appetit stellte sich ein.

Bis zu Anfang Juli dauerte die Epidemie, schwächliche oder nicht besonders gut genährte Kinder oder in der letzten Zeit erkrankte litten später noch an Husten, der etwas rauh doch ohne Paroxysmen auftrat. Recidive wurden keine beobachtet und kein einziger Sterbefall ist vorgekommen.

Die Ansteckung erfolgte wie bei Scharlach oder Masern, aber in viel kürzerer Dauer, bei Beginn der Erkrankungen konnte man in der Schule die Beobachtung machen, dass nach zwei Tagen der Nachbar des zuerst Erkrankten ergriffen wurde. Die Ausbreitung war in allen Stadttheilen eine gleichmässige, jedoch wurden nicht alle Kinder einer Familie befallen.

Nach Fothergill ist das Auftreten der Influenza in einzelnen Gemeinden beobachtet worden, er hat aber zu bemerken unterlassen, ob in einer seuchenfreien Zeit. Hier in der Nähe und in der weitesten Umgegend ist von einem Auftreten der Influenza nichts bekannt geworden, desto auffallender ist, dass nur der hiesige Stadtbezirk heimgesucht worden und dass die Influenza sich nicht weiter nach Auswärts verbreitet hat. Einen jedoch nur einseitigen Beitrag zur Aetiologie könnten die Witterungsbeobachtungen der kritischen Zeit bieten, welche ich kurz andeuten will. Es herrschte meist West- oder Südwestwind, Ende Mai fielen häufig Platzregen mit darauffolgendem brennenden Sonnenschein, einige Tage wurde Höhenrauch bemerkt, der Barometer stand über 750, die Regenmenge vom 1. Mai bis 14. Juni betrug 2780 ccm, die Bodenwärme war vom 3. Juni bis 12. Juni um 2°, von 11—13° R gestiegen.

Lokale Schädlichkeiten liessen sich nicht nachweisen, selbst das zur Zeit durch Defekt der Wasserleitung mit erdigen Substanzen verdickte Trinkwasser kann nicht als Krankheit erregend betrachtet werden, denn sonst hätten auch die Erwachsenen von der Influenza heimgesucht werden müssen.

Schliesslich könnte man noch den Keuchhusten als Entstehungsursache der Influenza betrachten, denn im Mai herrschte in Volkach, Gaibach, also in südwestlicher Richtung der Keuchhusten oder man könnte die Influenza als Vorläufer des Keuchhustens ansehen, der erst Ende September seinen Einzug in Gerolzhofen hielt. Erstere Frage wird wohl kaum zu erörtern sein, die Letztere verdiente jedoch insofern eine Beachtung, als in den frühesten Aufzeichnungen über Influenza die Mittheilung zu finden ist, dass vorzugsweise Kinder von Anfällen ergriffen wurden, die sich zum Keuchhusten steigerten und vom Jahre 1510 liest man (Naumann), dass im allgemeinen Influenza als Keuchhusten aufgetreten sei. Auch diese Annahme ist zu widerlegen, weil beide Infectionskrankheiten (trotz einer Aehnlichkeit) doch wesentlich verschieden sind, da Influenza den ganzen Organismus ergreift, die Tussis convulsiva nur in den Athmungsorganen ihren Sitz aufschlägt. Die Verwandtschaft der beiden Infektionskrankheiten kann also nicht weit her sein, wofür man sich durch Vergleich von Seifert's Micrococcen (Influenza) mit den Kurz- und Doppelstäbchen Affanasief's (Tuss. conv.) vergewissern kann. Aber doch soll nicht abgesprochen werden, dass die Influenza allenfalls eine Pradisposition für den Keuchhusten hinterlässt.

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa zu Würzburg.

Zur Statistik der Laryngofissur.

Von Dr. *Karl Becker*, prakt. Arzt in Marktzeuln (Oberfranken).

(Fortsetzung.)

Soweit reichen die neuen bisher in der Literatur noch nicht niedergelegten Fälle von Thyreofissuren, deren wir also im Ganzen 19 und zwar an 17 Patienten ausgeführt, beibringen konnten. Stellen wir nun diese und die uns seit 1878 aus der Literatur bekannt gewordenen Fälle von Laryngofissur zusammen, um an der Hand dieser Tabelle den Werth der Operation an und für sich zu prüfen. Wir ordnen dabei die Operationen nach den Indicationen zu denselben.

A. Papillome.

1) 1876. Hopmann. Volkmann, klin. Vorträge Nr 315. Multiple Papillome beider Stimmbänder und der vorderen Commissur. Zweimalige Thyreotomie. Endresultat ausgezeichnet. Stimme laut und kräftig.

2) 1877. Szeparowicz, Dwuly godnik medycyny publycyny 1877. Multiple Papillome im Larynx und an der hinteren Fläche der Epiglottis. Stimme etwas rauh.

3) 1878. Yeo und Lister, The lancet 1878. Papillom gestielt an der vorderen Commissur des Kehlkopfs. Wahre und falsche Stimmbänder mit entfernt. Patient hustet wie jeder Andere und kann mit tiefer monotoner Stimme ziemlich verständlich sprechen.

4) 1879. Szeparowicz, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen der Medicin, 1879. Unzählige Papillome an Epiglottis, an falschen und wahren Stimmbändern, an den Morgagni'schen Taschen. Versuch endolaryngealer Entfernung missglückt. Thyreotomie, Entfernung mit Scheere, Pincette und scharfen Löffeln. Erfolg gut, Stimmbildung gut.

5) 1879. Szeparowicz, ibidem. 2 Papillome $2^1/_2$ Jahre bestehende Heiserkeit, Versuch endolaryngealer Entfernung missglückt. Heilung gut, Stimme mit heiserem Nachklang.

6) 1879. Wilms, Langenbecks Archiv 1879, Bd. 23. Papillom an der Pars respiratoria, grössere Paquete im vordern Winkel der Cartilago thyreoidea unterhalb der Glottis. Tod durch Recidiv.

7) 1879. Wilms, ibidem. Papillom im Cavum laryngis, wiederderholte Cauterisation. Aphonie.

8) 1879. Wilms, ibidem. Symmetrischer Tumor im vorderen Winkel der Glottis unterhalb der wahren Stimmbänder. Normale Lautstimme.

9) 1880. Langenbeck, Distner, die Laryngofissur in ihrem Einflusse auf die Stimmbildung, Diss. Berlin 1881. Papillome im ganzen Larynx. Stimme heiser, Glottisschluss beeinträchtigt. Intoniren mangelhaft. Lig. voc. dext. fehlt grösstentheils.

10) 1880. Langenbeck, ibidem. Papillom auf beiden Stimmbändern und in den Ventr. Morgagni. Stimme wiederhergestellt.

11) 1881. Hopmann, Volkmann, Klinische Vorträge 315. Weiche Papillome der Taschenbänder und der vorderen Commissur, Thyreotomie. Stimme und Athmung befriedigend.

12) 1882. Hopmann, ibidem. Multiple, das ganze linke und das vordere Ende des rechten Stimmbandes einnehmende Papillome. Der Proc. vocalis des linken Aryknorpels musste, um Alles gründlich zu entfernen, entblösst werden. Erfolg recht gut, Patient kann singen, Stimme laut, kräftig, doch merklich höher.

13) 1883. Hopmann, ibidem. Multiple harte Papillome beider Stimmbänder besonders der rechten und der vorderen Commissur. Stimme anfangs aphonisch, später belegt, aber laut und kräftig.

14) 1884. Köhler, Berl. klin. Wochenschr. 1885 Nr. 41. Erbsengrosser Tumor am vordern Stimmritzenwinkel, Laryngotomie am hängenden Kopf, Cauterisation. Erfolg günstig.

15) 1884. Köhler, ibid. Tumor unter den Stimmbändern, seit Monaten bestehende Heiserkeit, Dyspnoe. Erfolg günstig.

16) 1884. Solis Cohen, Internationales Centralblatt für Laryngologie Nr. 67. Papillome, Thyreotomie. Heilung, später Epitheliombildung in der Hautnarbe.

17) 1884. Hopmann, Volkmann, Klin. Vorträge Nr. 315. Multiple Papillome des ganzen Kehlkopfs besonders der vorderen $^4/_5$ beider Bänder. Thyreotomie; nach 3 Monaten Recidiv am linken Stimmband und auf der rechten aryeptglottischen Falte, Entfernung sehr zahlreicher Papillome. Endresultat sehr gut, Patient spricht und singt mit lauter nur wenig belegter Stimme.

18) 1885. Bennet May, The Lancet 1885, 5. Juni. Papillom des Larynx bei $3^1/_2$jährigen Knaben. Resultat gut. 5 Monate nach der Operation freie Athmung, gute Stimme.

19) 1885. R. W. Parker, London Clinic. Soc. Trans. Vol. XVIII, 1885. Larynxpapillom bei einem 5jähr. Patienten, heftige Dyspnoe und Heiserkeit. Erfolg günstig Stimme erhalten.

20) 1885. L. Bonnefons, Dissert., Paris. Thyreotomie wegen Papillom von Serre ausgeführt. Erfolg gut.

21) 1885. Hopmann, Volkmann, Klin. Vortr. Nr. 315. Papillom des linken Stimmbandes und der vordern Commissur. Endolaryngeale Entfernung versucht. Thyreotomie. Erfolg gut.

22) 1886. A. Malthe, Internat. Centralbl. für Laryngologie 1886 S. 181. 4jähr. Knabe 1 Jahr heiser, Tracheotomie wegen Stenose der Luftwege, Cyanose und Somnolenz. Tamponscanüle, Thyreotomie, Entfernung eines bohnengrossen Papilloms vom linken Stimmband und zahlreicher kleinerer, »Diphtherie« der Wunde und der Trachea. Tod 5 Tage nach der Operation.

23) 1886. Clinton Wagner, New-York med. Journal 30.X. 1886. 5jähr. Knabe mit Papillom. Erfolg gut, Stimme erhalten.

24) 1886. Clinton Wagner, ibidem. 3jähr. Knabe mit Papillom des linken Stimmbandes, zuerst Tracheotomie, später Laryngotomie. Erfolg günstig, Stimme erhalten.

25) 1887. Hopmann, Volkmann, Klin. Vortr. Nr. 315. Multiple Papillome beider Taschenbänder und der Ventrikel. Thyreotomie. Allgemeinbefinden gut, Stimme noch nicht zurückgekehrt.

26) 1887. E. J. Moure, Journ. de méd. de Bordeaux 11. XI. 1887. Stark wallnussgrosses diffuses Papillom der rechten Kehlkopfhälfte. Asphyxie, in Folge dessen Tracheotomie, dann Thyreotomie. Heilung gut, Stimme etwas rauh.

27) 1887. Köberle, Wiener medicin. Zeitung 1887 Nr. 48. Viele kleine und 1 nussgrosses Papillom des rechten Stimmbandes. Stückweise Entfernung mit löffelförmigen Zangen. Heilung, Stimme schwach. Nach 1 Jahr Recidiv, das bis zum 8. Ring hinuntergeht.

28) 1887. Böckel, Mémoire de la société de médicine de Strassbourg. Tome 1823. Heilg. 42jähr. Frau hat seit 17 Jahren Heiserkeit, Schmerzen im Hals, Husten, Auswurf, Dyspnoe, Spitzeninfiltration der Lunge, Erstickungsanfall. Tracheotomie, später Laryngotomie. Heilung gut. Tod 23 Tage nach der Operation an tuberculöser Lungenblutung.

29) 1887. Böckel, ibid. Flach auf dem rechten Stimmband aufsitzendes, den ganzen Larynx ausfüllendes Papillom bei einer 27jähr. Frau. Wegen Erstickungsgefahr Tracheotomie, dann Laryngotomie. Vollständige Heilung, Stimme gut.

30) 1877. Böcker, Berlin. klin. Wochenschr. 1881. VIII. 11jähr. Mädchen, erbsengrosse Papillome über der Glottis, Erstickungsgefahr, Tracheotomie, Exstirpation der Tumoren, dann Pharyngotomie, scharfer Löffel. Stimme hierauf leicht verschleiert, dann heiser. Es bilden sich wieder papilläre Wucherungen. Später Laryngofissur bei herabhängendem Kopf. Es traten Recidive der Wucherungen auf. Patientin wird ungeheilt entlassen. Die Wucherungen werden später endolaryngeal entfernt, es tritt kein Recidiv mehr auf.

31) 1877. Böcker, ibidem. Exstirpation eines Papilloms durch Laryngotomie, Glüheisen. Erfolg gut. Fibromrecidiv nach 8 Jahren unterhalb des rechten Stimmbandes, das in 3 Wochen von oben abgequetscht wird.

32) 1887. Mackenzie, Edinb. med. Journ. Dec. 1887. Papillom der vorderen Commissur, Entfernung derselben mittelst zweimaliger Thyreotomie, bei der 1. Sitzung mit Höllenstein, bei der 2. mit Thermocauter. Heilung gut. Kein Recidiv des ursprünglichen Tumors, jedoch Bildung eines Papilloms am linken Stimmband.

33) 1887. Böckel, Memoires de la société de médicine de Strassbourg. Tome 23. 1887. Papillom des rechten Stimmbandes. Tracheolaryngotomie, Entfernung eines Theils des rechten Stimmbands. Heilung gut, Stimme heiser.

34) 1887. Böckel, ibidem. Flach aufsitzende Larynxpapillome. Laryngotracheotomie. Heilung mit normaler Stimme.

35) Gottstein, Kehlkopfkrankheiten S. 153, Operateur Fischer. Papillomatöse Auflagerung auf beiden Stimmbändern, Stimme wieder völlig klar, kein Recidiv.

36) Sprengel, Private Mittheilung, 17. VI. 1884. Papillom, das breitbasig aufsitzend den ganzen Kehlkopf erfüllt. Tod nach 7 Tagen an Croup der Bronchien.

37) dto., 18. VI. 1886. Mehrere grosse, im Sinus Morgagni entspringende polypöse Wucherungen. Günstiger Verlauf. Nach späterer Untersuchung ($^1/_4$ Jahr) gesund.

38) dto., 4. X. 1887. Mehrere Polypen an den wahren und falschen Stimmbändern. Später wegen Stenose der Trachea abermalige Tracheotomie und Bougiren nothwendig.

39) dto., 22. XI. 1887. Breitbasig aufsitzendes Polyp am rechten Stimmband. Völlige Heilung noch nach einigen Monaten p. o.

40) dto. 11. VI. 1884. Papillomatöse Geschwulstmassen füllen den ganzen Kehlkopf aus. Glatter Verlauf. Später Recidiv und abermalige Thyreotomie. Darauf völlige Heilung, so dass Pat. mit deutlich hörbarer Stimme spricht.

41) Krönlein, Billeter, Diss., Zürich 1888. 1883. $4^3/_4$ Jahre altes Mädchen, multiple diffuse Papillome auf beiden Stimmbändern. Völlige Heilung. Patientin spricht mit lauter, aber etwas tiefer und rauher Stimme.

42) dto. 1888. 6 Jahre altes Mädchen, Papilloma laryngis zwischen dem vorderen Theil der Stimmbänder. Heilung. Patientin spricht zwar heiser, aber laut und deutlich.

43) dto. 1883. $3^1/_2$ Jahre alter Knabe, Papillomata laryngis. Heilung. Patient spricht deutlich, aber etwas heiser und angestrengt.

44) dto. 1887. 38 Jahre alter Mann, Hypertrophia polyposa chordae vocalis verae et spuriae utriusque. Dysphonia consecutiva. Wunde per primam innerhalb 18 Tagen geheilt. Respiration unbehindert, Stimme heiser. Später Recidiv.

45) dto. 1885. Fibroma Laryngis (Fibroma Molluscum). Stirbt 2 Monate nach der Operation an Asphyxie, nachdem die Wunde fast geheilt war durch Einfliessen erbrochener Massen in die Trachea.

46) Heussner, Private Mittheilung, 1884. Zahlreiche Papillome an beiden Stimmbändern. Erfolg gut. Noch nach 3 Jahren kein Recidiv, Stimme ganz gut, aber heiser, Athmung nur nach starker Anstrengung vorhanden. An Stelle der Stimmbänder etwas verdickte, höckerige Wülste.

47) Schönborn, Diss. von Franz Streiter, Würzburg 1888. 43jähr. Frau. Papillomatöse Wucherungen über und unter dem linken Stimmbande. Wunde nach 19 Tagen geheilt. 24 Tage nach der Operation entlassen. $5^1/_2$ Jahre vollkommen gesund. Sprache nicht völlig normal, aber deutlich und vernehmbar für Jeden. Kann sogar singen.

48) Hoffa (siehe vorn). Papilloma laryngis. Völlige Heilung mit Erhaltung der Stimme nach 10 Tagen.

B. Fibrome.

49) 1878. Studtgaad, Hospitaltidende 1878. An jedem Stimmband eine kleine fibröse Geschwulst. Thyreotomie. Heilung gut. Stimme etwas heiser, aber ziemlich kräftig.

50) 1878. Hausen, Jahresb. der Leistungen u. Forschritte 1878. 2. An jedem Stimmband eine fibröse Geschwulst. Starke Dyspnoe, dann Thyreotomie, Entfernung mit der Scheere. Erfolg gut, nur Respiration fortdauernd etwas keuchend und Stimme heiser, aber ziemlich kräftig.

51) 1879. Skliffasonzky, Wozenni med. Journ. 1879. Polyp breit auf dem rechten Stimmband aufliegend. Reinheit der Stimme befriedigend.

52) 1881. Rose E., Archiv für klin. Chirurgie XXVII, S. 565. 5 verkalkte Fibrome unter den Stimmbändern eines Mannes, Thyreotomie, Aetzung mit Eisenchlorid. Erfolg sehr gut, speciell Stimme wieder ganz kräftig und rein.

53) 1881. Küster, Distner, Ueber Laryngotomie und ihren Einfluss auf Stimmbildung, Dissertation, Berlin 1881. Halbkirschgrosser Tumor breit auf dem linken, hirsekorngrosser auf dem rechten Stimmband. Stimme deutlich flüsternd, aber klanglos, das vordere Stimmband normal, an Stelle des linken ein narbiger Defect.

54) 1881. Böcker, Berlin. med. Wochenschr. 1881, VIII. 36 jähr. Mann; kirschkerngrosser Polyp am linken wahren Stimmband, rechts ein kleinerer. Später Granulationsbildung, die mit Galvanocauter beseitigt wurde nach 4 Monaten. Völlige Genesung. Stimme ganz rein.

55) 1883. Schuchardt, Volkmann, Klin. Vorträge 302. 59 jähr. Pat. mit Fibromen unterhalb der wahren Stimmbänder. Thyreotomie. Erfolg recht gut. Stimme gut.

56) 1887. Lindenbaum, Wratsch Nr. 43, 44. Entfernung eines bohnengrossen Kehlkopfpolypen unter den Stimmbändern durch Laryngotomie. Erfolg gut.

57) 1887. Böckel, Memoirs de la société de méd. de Strassbourg. Tome 23, 1887. Grosser Larynxpolyp. Laryngotracheotomie. Es wurde keine Tamponomcanüle eingelegt. Tod 9 Tage p. o. an septischer Pneumonie. Es war bei der Operation viel Blut in die Trachea geflossen.

C. Maligne Tumoren.

58) 1874. Billroth, Archiv f. klin. Chirurgie 1885, 31, XL, mitgetheilt von Salzer. Carcinoma laryngis bei einem 36jährigen Mann. Tracheotomie. Einlegen der Tamponcanüle. Laryngofussion, Excision und Evidement des Carcinoms, Aetzung mit Liquor ferr. sesquichl. Rasche Heilung, Stimme rauh, nicht tonlos, 1 Monat später Recidiv. Totalexstirpation des Larynx.

59) 1877. Reyher, St. Petersb. med. Wochenschr. 1877. Ulcerirendes Sarcom unterhalb der Stimmbänder. Erfolg gut, Stimme normal.

60) 1879. Szeparowicz, Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen 1872, 2. 60jähr. Frau. Himbeerartiger maligner Tumor mit breiter Basis zwischen beiden Stimmbändern. Endolaryngeale Entfernungsversuch misslingt, daher Thyreotomie. Erfolg: Besserung. Nach 1 Jahr Recidiv, Stimme immer mangelhaft.

61) 1879. Wilms, Langenbeck's Archiv 1879, XXIII. Blumenkohlartige Wucherung der ganzen Kehlkopfschleimhaut. Aphonie. Recidiv.

62) 1880. Billroth, Archiv f. klin. Chirurgie 1885, 31, XL, mitgetheilt von Salzer. 26 Jahre alt, ist seit 1 Jahr heiser. Auf dem linken Lig. verum eine erhabene carcinomatöse Geschwulst aufsitzend, welche das linke falsche Stimmband nach aussen drängt: Wird endolaryngeal partieenweise entfernt. Später Athemnoth, Erstickungsanfälle. Deshalb Thyreotomie nach Einlegen einer Tamponcanüle. Wundverlauf sehr gut, später Totalexstirpation.

63) 1881. Küster, Distner, Die Laryngofissur und ihr Einfluss auf die Stimmbildung. Berlin 1881. Sarcom hinter dem linken Stimmband, letzteres zum Theil defect, entzündliche Schwellung daselbst. Thyreotomie. Stimme schwach flüsternd. Recidiv.

64) 1881. Billroth, Archiv für klin. Chirurgie 1885, 31. 45 jähr. Patientin, seit 1 Jahr heiser, zuletzt aphonisch, Athmung behindert. Carcinom des rechten Stimmbandes, das endolaryngeal nicht zu entfernen war. Tracheotomie, Trendelenburg'sche Canüle, Thyreotomie. Erfolg ausgezeichnet, Stimme sehr deutlich, doch wenig wohltönend. Nach 3 Jahren noch kein Recidiv.

65) 1881. Billroth, ibidem. 66jähr. Patient, Carcinomatöse Neubildung beider Stimmbänder, Laryngofissur, Entfernung derselben. Tod an Lungenödem wenige Stunden p. o.

66) 1882. Billroth, ibidem. 41 Jahre alt, Carcinome des Larynx. Laryngofission, Excision und Resection des linken Aryknorpels. Heilung, aber nach kurzer Zeit locale Recidive. Geheilt, wurde später nicht mehr beobachtet. Kein Recidiv, 2 Jahre 9 Monate nach der Operation.

67) 1883. Billroth, ibidem. 63 Jahre alt, kräftiger Mann, seit 10 Monaten heiser. Dyspnoe, Stenosengeräusch. Carcinom des rechten Stimmbands, Excision und partielle Resection des rechten Ary- und Ringknorpels. Heilung, kann jedoch Canüle nicht ablegen. Recidiv nach 13 Monaten.

68) 1884. Billroth, ibidem. 40jähr. Patient mit Epitheliom von Bohnengrösse am rechten Stimmband. Tod 7 Tage nach der Operation an Pyaemie.

69) 1884. E. J. Moure, Internationales Centralbl. f. Laryngologie. Primäres Carcinom des Larynx. Thyreotomie. Heilung. Recidiv. Tod.

70) 1887. Stewart, Lancet 21. V. 1887. 45 jähr. Schornsteinfeger. Breites Epitheliom vom rechten Stimmband ausgehend. Tracheotomie. Einlegen der Tamponcanüle. Aetzung. Heilung gut, doch war Stimme nach 4 Wochen noch nicht wiedergekehrt. Der Fall wurde später nicht mehr beobachtet.

71) 1887. Solis Cohen, Philard. med. news 3. Dec. 1887. Einem 30jähr. Manne wird wegen Epitheliom ein grosses Stück des linken Stimmbandes und die ganze den linken Ventrikel bekleidende Schleimhaut exstirpirt. Erfolg gut, Stimme keineswegs so rauh, dass sie Aufmerksamkeit erregt. Der Patient kam 20 Jahre nach der Operation zur Section; es zeigte sich ein compensatorisches Gewebe, das den Dienst des linken Stimmbandes versieht.

72) Cohn, Deutsche med. Wochenschr. 1887 Nr. 22. 373. ulcerirter Tumor am rechten Stimmband. R. Cart. thyr. et aryt. 3 Monate p. o. Recidiv.

73) S. Cohen. 63 jähr. Mann. Epitheliom vorderen Kehlkopfventrikel. 10 Monate p. op. Recidiv. † 19 M. . . . a . . . .

74) Morian (Privat-Mittheilung). 25-jähr. Frau, Carcinoma laryngis. Bohnengrosse Geschwulst im Winkel zwischen den beiden Stimmbändern, grösstentheils und der Höhe dieser letzteren. 4½ Monate p. o. kein Recidiv. Stimme zuerst tonlos, dann aber wieder mit Klang, nur etwas höher als früher.

75) Krönlein (Billeter Diss., Zürich 1888). Bohnengrosses Plattenepithalcarcinom des Larynx, das beide Stimmbänder und die regio chordalis befallen hat. Patientin wird mit der Kanüle nach Hause entlassen. Später Recidiv und Totalextirpation des Larynx.

76) Schönborn (Diss. v. Franz Streiter, Würzbg. 1888. 70 jährig. Mann. Carcinoma laryngis. Blumenkohlartige Wucherungen an der hintern Larynxwand von den falschen bis zu den wahren Stimmbändern, die ebenfalls ergriffen sind. 54 Tage p. op. wird der Patient entlassen. Stirbt ca. 14 Monate nach der Operation an einer unbekannten Erkrankung.

77) Derselbe. 41jähr. Mann. Carcinoma laryngis, tiefgehende Zerstörung der wahren und falschen Stimmbänder. 35 Tage p. op. wird der Patient mit einer Kanüle nach Hause entlassen. Ueber sein späteres Verhälten ist nichts mehr zu ermitteln.

78) Derselbe. 65 jähr. Mann. Carcinoma laryngis. Beide wahren Stimmbänder tiefgehend zerstört. Tod am Tage nach der Operation.

79) Derselbe. 45 jähr. Mann. Haselnussgrosser Tumor unter dem rechten Stimmband. 30 Tage p. op. mit gut granulirender Wunde und freier Athmung entlassen. Stimme heiser aber deutlich.

D. Fremdkörper.

80) 1878. Cheever, Bost. med. and surg. Journal, 1879. Zinnplombe unbeweglich in der Glottis festgeklemmt. Verlauf günstig. Stimme etwas schmetternd im Timbre.

81) 1882. Holmer, Med. chir. transactions Vol. 65 und Brit. med. Journ. May 1885. 30 jähr. Mann aspirirte während des Essens ein Knochenstück. Endolaryngeale Entfernung misslingt und nach Tracheotomie. Deshalb Laryngofissur und Entfernung des oberhalb des Stimmbandes festsitzenden Körpers. Heilung sehr gut. Tod nach 9 Wochen an Lungenabscess. Section ergibt lineare Vereinigung der Schnittwunde. Stimmbänder stehen in völlig gleichem Niveau.

82) 1884. van Note, St. Louis, Courier of Medicin 1884. Nussschale im Larynx. Laryngotomie. Völlige Genesung.

83) 1884. F. Taylor und C. W. Golding Bird. British med. Journal 7. VI. 1884. Einkeilung eines Knochens im Kehlkopf. Thyreocricotomie. Vollständige Genesung.

84) 1884. Ivar Svanson, Internat. Centralblatt f. Laryngologie 1884. Zwei falsche verschluckte Zähne keilen sich im Kehlkopf fest. Erst Tracheotomie, dann Laryngotomie zur Entfernung. Heilt gut; es entwickelt sich eine Tracheostenose, die nach ¾ Jahren zur abermaligen Vornahme der Tracheotomie und zum Tragen einer Canüle zwingt.

85) 1884. Hogan, Fr. M. Ass. Alabama, Montgommery 1884. XXXVI, 657—667. Fremdkörper im Larynx, Laryngotracheotomie. Heilt gut.

86) 1885. Egbert A. Hall, The medical Record 1885; Revue de Laryngologie. Nr. 9. Knochen im Larynx; erst Cricotracheotomie ohne Erfolg, dann noch Laryngotomie. Jetzt gelang Entfernung. Völlige Heilung.

87) 1885. Ross, The Louisville Med News, fevrier 1885. Verschlucken einer Kornähre und Einbringen in den Larynx. Laryngotomie. Es gelang nicht, die Kornähre durch eine Sonde zu entfernen, sie wurde gelegentlich eines Hustenanfalles ausgehustet. Heilung gut.

88) 1886. O. Brien, J. G. Trans. Texas med. Assoc., Ausl. 1886, 230. Behufs Extraction eines Wassermelonenkerns wird Laryngotomie ausgeführt. Erfolg?

89) 1887. Hofmokl, Anzeiger der Gesellsch. der Aerzte, 1887. 31. 1888. 11. Laryngotracheotomie wegen eines ganz in Granulationen gebetteten Knochenstückchens. Heilung mit Erhaltung der Stimme.

90) 1887. Heath, The lancet, Aug. 1886. Bei einem plötzlich cyanotisch gewordenen Kind machte man die Laryngotomie, dann die Tracheotomie. Erst als man eine Sonde in den Oesophagus einführte, stiess man auf den verschluckten Gegenstand, welchen das Kind erbrach. Völlige Genesuug.

E. Varia.

a) Stenosirende Membranen und Narben.

91) 1875. Menzel. Distner über die Laryngotomie und ihren Einfluss auf die Stimmbildung, Berlin 1887). Syphilitische Kehlkopfstenose. Excision verdickter Schleimhaut. Stimme etwas rauh.

92) 1877. Billroth, Archiv. f. klin Chirurgie, 1885. 31. Bei einem Patienten war vor 6 Jahren wegen Laryngostenose Laryngofissur und Excision der Glottisnarbe ausgeführt worden. Plötzlich wieder Aphonie, Athemnot, wiederholte Laryngotomie. Heilung gut. Stimme ist tonlos, Patient trägt eine gefensterte Kanüle.

93) 1885. Wolf, Berl. klin. Wochenschr., 1885. Membran, welche unterhalb der Glottis den Kehlkopf vollkommen abschliesst nach einem Tentamen suicidii. Thyreotomie und Spaltung der Membran. Unvollkommene Heilung.

94) 1889. Clinton Wagner, N. Y. med. Journ., 30. X. 1880. Ein 4 jähr. Knabe war wegen Diphtherie tracheotomirt worden. Tracheostenose; Laryngostenose und Exstirpation der stenosirenden Membran. Erfolg gut.

95) 1888. Hoffa, Berl. klin. W., 1888. 10. Congenitale Membranbildung im Larynx. Laryngofissur und nachfolgender Katheterismus. Gute Heilung. Stimme fast normal nur etwas höher.

96) 1876. Lefferst. New York med. record, 1876. Prolaps der Sinus Morgagni. Excision der Wülste nach Laryngotomie. Verlauf günstig. Stimme laut und voll, aber nicht völlig klar.

97) Hopmann. (Private Mittheilung) 1880. Membranartige Verwachsung der Stimmbänder in ihren vordern ⅔ nach Trauma. Laryngofissur, Excision eines Teils der Membran und spätere Bougiecur. Die Stimme wurde gebessert vom Flüsterton bis zur halblauten Stimme.

98) Derselbe, 1888. 18 Monate altes Kind. Congenitale membranöse Narbenbildung im Larynx. Trichterförmige Stenose desselben. Endresultat gut, doch ist noch fortgesetzt Bougiecur nötig.

b) Entzündungen, Tuberculose, Granulationsbildungen, Traumen.

99) 1884. Mackinnon, Edinbourgh med. Journal. Oedematöse Laryngitis. Cricothyreotomie. Heilung trotz Blutung und Bronchitis.

100) 1886. Laffan, Lancet 1886, 17. April. Laryngitis: Plötzlich Asphyxie; Laryngotomie. Heilung trotz doppelseitiger Pneumonie.

101) 1884. Billroth, Archiv f. klin. Chirurgie, 1885. 31. Tuberculöse Granulationen im Kehlkopf, Laryngofissur, Excision. Wundverlauf günstig, Tod an Lungentuberculose 9 Tage p. op.

102) 1884. Billroth ibidem. Rhinoscleroma nasi palati et laryngis, Laryngofissio, Excisio palati mollis. Heilung.

103) 1886. Mancly, The Lancet, 1886. Fall auf den Hals, Bruch des Schildknorpels, Dyspnoe, Husten, blutiger Auswurf. Gute Heilung.

104) Billeter, Inaug. Diss. Zürich, 1888. Publication der von Krönlein operirten Fälle, 1881. 21 jähr. Patient. Typhöse Larynxstrictur. Laryngofissur und spätere Bronchoplastik. Glatte Wundheilung. Noch nach 7 Jahren ist Patient gesund und fühlt nicht die geringste Behinderung im Athmen oder Sprache.

105) Krönlein, Billeter Diss. 1888, Zürich. Perichondritis des Ring- und eines Aryknorpels mit Ausgang in Nekrose. Patient starb, nachdem er zwei Monate p. op. nach Hause entlassen worden war.

106) Hopmann (Privat-Mitteilung) 1876. Granulom des vordern Stimmbandwinkels. Tuberculöse Geschwüre, besonders am rechten Stimmband. Nach der 1. Operation Recidiv, deshalb nach 2 Monaten abermals Thyreotomie. Endresultat gut. Noch nach 11 Jahren verrichtet Patient seinen Beruf als Prediger. Stimme rauh, heiser, aber laut; kann sogar singen.

107) Derselbe, 1877. Tuberculöser Tumor und Granulationstumoren der vordern Stimmbandcommissur. Wundheilung gut. Besserung der Stimme später constatirt.

108) Derselbe 1878. Tuberculöse Geschwulst der Taschen- und Stimmbänder. Stenosis laryngis. Wegen Recidiv nach 4 Monaten abermals Thyreotomie. Operation verläuft gut. Nach etwas über 2 Monaten erfolgt der Tod an Kehlkopf- und Lungentuberkulose.

109) Derselbe 1878. Lupöse Granulationen des vordern Winkels, der Stimmbänder. der Epiglottis etc., Aphonie. Heilung mit gutem Stimmresultat. Tod nach 4 Jahren an chronischer Meningitis.

110) Derselbe 1880. Grosse tuberkulöse Granulomgeschwulst an der vordern Commissur bei bestehender Lungentuberculose. Heilung mit Herstellung lauter Stimme.

111) Derselbe 1888. Verbreitete Granulation des vordern Stimmbandwinkels. Heilung mit Herstellung lauter Stimme.

112) Schönborn, Diss. von Franz Streiter, Würzburg 1888. 43 Jahre alte Frau. Verwachsung der Stimmbänder, Granulationsgeschwülste unterhalb der Stimmbänder. 38 Tage nach der Operation wurde Patientin entlassen. 6 Monate später musste wieder eine Kanüle eingelegt werden. Nach ca. 8 Monaten Tod an Pneumonie.

113) Derselbe, 64 jähr. Mann. Oedomatöse Schwellung der Schleimhaut der hintern Larynxwand; auf derselben grosses Geschwür, welches das rechte Stimmband und einen Teil der Epiglottis zerstört hat. Bei der Operation fliesst wegen Insufficenz der Trendelnburg'schen Canüle viel Blut in den Larynx. Tod 15½ Tage p. op. an Pneumonie.

114) Derselbe. 24 Jahre alte Frau. Tuberculosis laryngis. An beiden Stimmbändern graurötliche, halbkugelige Hervorwölbungen. 19 Tage p. op. wird die vorher sehr anämische Frau mit gutem Allgemeinbefinden und guter Athmung, mit granulirender Wunde entlassen.

115) Derselbe, 47 jähr. Mann. Tuberculosis laryngis et pulm. Die wahren und falschen Stimmbänder von Granulationen besetzt und zerstört. Operation brachte wesentliche Erleichterung, konnte aber den Exitus nicht aufhalten, der 17 Tage p. op. an Tuberculose erfolgte.

116) Derselbe, 35 jähr. Mann. Tuberculosis laryngis et pulmonum. Stenosis laryngis. Nach 32 Tagen Tod an Tuberculose. Kehlkopf völlig vernarbt.

c) Chorditis.

117) 1879. Szeparowicz, Jahresb. über die Fortschritte und Leistungen, 1879. 29 jähr. Wäscherin. Chorditis vocalis inf. hypertrophica. Laryngotomie, Excision der Falten. Nach einigen Tagen Dyspnoe, deshalb Cricotomie. Später endolaryngeale Entfernung einer kleinen Excrescenz. Guter Erfolg. Stimmbildung gut.

118) 1879. Obalinski, Medycyna Nr. 41. 43 j. Bäuerin. Seit 1 Jahr Dyspnoe, Chorditis voc. hypertroph. inf. Anfangs Bougiebehandlung, wegen zunehmender Dyspnoe Cricotracheotomie, der später Thyreotomie zugefügt wird. Wülste mit der Scheere entfernt. Sehr gute Heilung. Stimme ganz leise.

119) Krönlein (s. Billeter) 1884. 22 Jahre alte Patientin. Tracheitis subchordalis hypertrophica luetica. Patientin mit guter Stimme entlassen. Später wegen Stenosenrecidivs nochmals die Tracheotomie nöthig, dann geheilt, dann trägt Patientin keine Kanüle mehr und hat keine Athembeschwerden.

120) Derselbe 1882. 39 Jahre alter Patient. Chorditis vocalis inferior hypertrophica. Der Lumen des Ringknorpels ist so verengert, dass er nur noch einen Gänsekiel durchlässt. Spaltung des Ringknorpels. Der Patient erfreut sich jetzt — 4 Wochen p. op. — des besten Wohlseins. Völlige Heilung, nachdem später nochmals eine Excision der hypertrophischen Masse nöthig gewesen war.

(Schluss folgt.)

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Die Weil'sche Krankheit.

Von Dr. F. Goldschmidt in Nürnberg.

(Nach einem Vortrage, gehalten am 4. April im ärztlichen Localverein.)

(Schluss.)

Grössere Uebereinstimmung herrscht aber unter den klinischen Symptomen, obwohl sich auch hier leichte und schwere Fälle mühelos unterscheiden lassen.

Die Incubation scheint eine sehr kurze zu sein; in der Mehrzahl der Fälle ist der Beginn der Erkrankung ein plötzlicher, unerwarteter; inmitten der Arbeit, inmitten völligen Wohlbefindens, ganz plötzlich beginnt die Krankheit sogleich mit so schweren stürmischen Erscheinungen, dass der Kranke bettlägerig wird und alsbald ärztliche Hülfe aufsucht; nur in wenigen Fällen gehen dem Beginne der Krankheit Prodrome voraus, Kopfschmerz, Schwindel, Appetitlosigkeit, allgemeine Mattigkeit, die einige Stunden bis mehrere Tage sich zurückverfolgen lassen; nur in ganz wenigen Fällen sind Vorboten der Erkrankung schon 14 Tage vorher wahrgenommen worden, doch halten diese Fälle einer scharfen Kritik nicht Stand. Im Allgemeinen darf festgehalten werden, dass die Krankheit plötzlich mit schweren Symptomen einsetzt: hierher gehört in erster Linie der initiale Frost, zum mindesten ein Frieren oder Frösteln, zuweilen ein ausgesprochener Schüttelfrost, der sich in einzelnen Fällen wiederholt; zu diesem Froste gesellen sich als constante Begleiterscheinungen Kopfschmerz und Erbrechen, zuweilen lebhaftes Schwindelgefühl, selten Bewusstlosigkeit. Der Gesammteindruck ist sogleich ein schwerer, die Patienten machen den Eindruck von solchen, die von schwerer Infection oder Intoxication befallen sind.

Wenden wir uns nunmehr zur Besprechung der einzelnen Symptome, so haben wir zunächst solche zu nennen, welche fast jeder schweren acuten Infectionskrankheit eigenthümlich sind: dazu gehört die Appetitlosigkeit, Mattigkeit und Benommenheit des Sensoriums; diesen Erscheinungen gesellen sich dann noch charakteristische zu, welche durch ihre Combination derselben ihr eigenthümliches Gepräge verleihen. Dahin gehört in erster Linie der Fieberverlauf. In keinem Falle, selbst nicht in den leichtesten, fehlt das Fieber und ist dasselbe eines der ersten Krankheitssymptome. Wenn auch die meisten Kranken nicht sofort in Behandlung und zur Beobachtung kamen, so spricht doch die Acuität, mit der die übrigen Krankheitserscheinungen einsetzen, vor Allem der initiale Frost dafür, dass das Fieber sogleich hoch einsetzt und eine Höhe von 40—41° erreichen kann. Auf dieser Höhe hält sich das Fieber als febr. continua nur wenige Tage, in den leichteren Fällen nur einen Tag, um sogleich wieder abzufallen, oder aber das Fieber steigt in den selteneren Fällen staffelförmig an und erreicht erst am 3.—4. Tage die höchste Temperatur. Der Abfall der Temperatur vollzieht sich meist schon in der ersten Krankheitswoche, ist ein langsamer, staffelförmiger, es stellen sich zuerst tiefe Morgenremissionen ein, die Temperatur steigt zwar Abends wieder, erreicht aber nicht mehr die Höhe des vorhergehenden Tages und am Ende der 1. Woche, durchschnittlich gegen den 8. Tag wird die Temperatur normal, selbst subnormal. In den leichten Fällen bleibt dann Patient fieberfrei, aber in einer Reihe von schwereren Fällen findet nach kurzer fieberfreier Dauer, selten schon nach einem Tage, durchschnittlich wieder am Ende der zweiten Woche, neuerdings ein staffelförmiges Ansteigen der Temperatur statt, ohne dass jedoch dieselbe die Höhe des ersten Anfalles erreichen würde, und ohne eigentliches Fastigium fällt die Temperatur nach durchschnittlich einwöchentlicher Dauer, also Ende der dritten Woche wieder lytisch ab, um dann zu dauernder Apyrexie zu führen. Bemerkenswerth ist, dass während dieses zweiten Fieberanfalles die übrigen Erscheinungen in der Regel nicht wiederkehren, sondern dass der Patient sich dabei völlig wohl zu befinden pflegt. Im Allgemeinen scheint es, dass die Höhe und Dauer des Fiebers in directem Verhältniss zur Schwere der Erkrankung stehen und dass die Fieberrelapse nur in den schweren Krankheitsformen beobachtet werden.

Hand in Hand mit dem Gange des Fiebers bewegt sich

auch die Frequenz des Pulses. Derselbe ist im Beginne der Krankheit stets gesteigert auf 120—150 in der Minute und mit dem Fieberabfalle fällt auch die Pulsfrequenz; in einer Anzahl von Fällen wurde aber auch eine Pulsverlangsamung bei gleichzeitigem hohen Fieber beobachtet und dürfte diese zweifellos in Zusammenhang stehen mit der Anwesenheit von Gallenbestandtheilen im Blute. Was die Qualität des Pulses anlangt, so ist derselbe von mässiger Spannung und in einer kleinen Anzahl von Fällen auch dichrot.

Neben dem Fieber ist das auffälligste und constanteste Symptom der Ikterus. Derselbe ist stets vorhanden und eines der frühesten Symptome; er ist sehr intensiv und trat in den meisten Fällen schon in den ersten Krankheitstagen auf, um sich längere Zeit zu erhalten und nur in den leichtesten Fällen schwand er mit dem Nachlass des Fiebers oder aber er trat erst mit der Defervescenz oder unmittelbar vor derselben auf. Mit dem Ikterus einhergehend beobachtet man je nach dessen Intensität mehr oder minder starke Entfärbung des Stuhles, Auftreten von Gallenfarbstoff im Urin und bedeutende Pulsverlangsamung. Der Ikterus ist wohl nur als Stauungsikterus aufzufassen; die Leber erweist sich in den meisten Fällen als vergrössert, oft stark druckempfindlich; Leberschwellung und Leberschmerz schwinden mit dem Zurückgehen des Ikterus, doch hielt erstere sich meist längere Zeit, während die Schmerzhaftigkeit der Leber sich in der Regel schon mit dem Fieber verlor. Als ganz constante Symptome sind die Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Leber wohl nicht aufzufassen, doch sind sie sichere Attribute wenigstens der schwereren Fälle.

Ebenso steht es mit der Schwellung der Milz, die meist nicht von vorneherein sondern erst Ende der ersten Krankheitswoche, oft noch später erst zur Wahrnehmung kommt und die in den leichtesten Fällen überhaupt vermisst werden kann.

Das Gleiche gilt von dem Auftreten der Nephritis, doch ist in der Mehrzahl der Fälle wenigstens Albumen, wenn auch nicht immer Blut oder Harncylinder im Urin nachweisbar. Die Urinmenge ist auf der Höhe des Fiebers vermindert und steigt oft in rapider Weise mit der Defervescenz. Der Eiweissgehalt nimmt gleichfalls mit der Entfieberung ab und von der zweiten Woche an sind zumeist alle Erscheinungen von Seiten der Nieren verschwunden.

Auffallend ist in allen Fällen das Auftreten heftiger Muskelschmerzen, wie Fiedler zuerst gezeigt, die sich schon mit Beginn der Krankheit zeigen und lange Zeit bestehen bleiben, oft noch in die Reconvalescenz fortdauern, um schliesslich in eine nicht minder auffällige Muskelschwäche überzugehen. Diese Schmerzen befallen vorzüglich die Wadenmuskeln, doch kommen daneben oder an Stelle dieser auch Nacken- und Kreuzschmerzen oder Schmerzen in andern Muskelgruppen, in denen des Oberschenkels, der Arme und der Brust vor.

Diese bisher geschilderten Symptome, das Fieber, der Ikterus mit Leberschwellung und Leberschmerz, die Milzschwellung, Nephritis und Muskelschmerzen sind in den ausgeprägten schweren Fällen der Krankheit mit ziemlicher Regelmässigkeit vorhanden und beherrschen das Krankheitsbild; ihnen stehen dann noch unvollkommen entwickelte Formen gegenüber, bei denen die Intensität der einzelnen Krankheitserscheinungen keine so heftige ist, bei denen eine oder die andere selbst fehlen kann, und welche sich durch einen kürzeren und leichteren Verlauf auszeichnen. Ob diese letzteren Fälle auch thatsächlich hierher gehören, muss einstweilen noch dahingestellt bleiben.

Zu diesen hauptsächlichen, im Vordergrund des Krankheitsbildes stehenden Symptomen gesellen sich dann zuweilen noch andere unwesentliche. Da haben wir in erster Linie der Cerebralsymptome zu gedenken, bestehend in heftigen Kopfschmerzen, Somnolenz, Schwindel, Schläfrigkeit oder Schlaflosigkeit, lebhaften Träumen bis wilden Delirien und grosser Apathie, Erscheinungen, die zumeist nur während der ersten Krankheitstage auftreten und die mit dem Nachlass des Fiebers auch verschwinden.

Von Seiten des Magendarmkanals beobachtet man im Beginne das schon erwähnte Erbrechen, später Appetitlosigkeit, zumeist Durchfälle, die oft längere Zeit andauern und nur ausnahmsweise durch Stuhlverstopfung ersetzt sind. Die Zunge ist belegt, trocken, rissig, nur in wenigen Fällen war sie während der ganzen Krankheitsdauer feucht. Das Abdomen ist, abgesehen von der Schmerzhaftigkeit in der Lebergegend, nicht besonders druckempfindlich; einige wenige Kranke empfanden Schmerzen im Epigastrium; die Ileocoecalgegend war nie empfindlich. Das Abdomen war hie und da etwas aufgetrieben, stärkerer Meteorismus ist nur in einem tödtlich verlaufenen Falle Nauwerck's verzeichnet. Neben der Druckempfindlichkeit der Leber beobachtete ich in unserm Falle auch solche in der Nierengegend und diese hielt lange Zeit, auch noch in der Reconvalescenz an.

Die Lungen sind stets frei von krankhaften Erscheinungen, nur ganz vereinzelt bestanden leichte Bronchialerscheinungen und in 2 Fällen Pleuritis (Roth, Nauwerck).

Auch das Herz bleibt im Allgemeinen unbetheiligt, obwohl Fiedler in einem Falle vorübergehende Unregelmässigkeit der Herzaction und zweimal ein Geräusch über dem linken Ventrikel constatirte.

Von selteneren Symptomen finden wir dann noch verzeichnet in 4 Fällen (Wagner, Fiedler) Herpes labialis resp. nasalis ferner Nasenbluten und das Auftreten von fleckigen, erythem- und roseolaartigen Exanthemen auf der Haut.

Von schwereren Complicationen sei dann noch der je einmal während der Reconvalescenz auftretenden Iridocyclitis (Weil) und Iridochorioiditis (Pfuhl) Erwähnung gethan.

Im Uebrigen ist der Verlauf ein gutartiger und dürfte für die eigentliche Krankheit eine Dauer von 3 Wochen anzunehmen sein; die daran sich anschliessende Reconvalescenz ist eine ungestörte, doch im Allgemeinen recht langsame; die Kranken magern während der Krankheit stark ab, verlieren bedeutend an Körpergewicht und erholen sich immer nur ganz allmählich.

Die Diagnose dürfte nach dem Gesagten unschwer schon in den ersten Tagen der Beobachtung sicher zu stellen sein: Initialer Frost, schweres allgemeines Krankheitsbild, hohes Fieber, frühzeitiger Ikterus müssen schon bald den Gedanken erwecken, dass keines der gewöhnlichen Krankheitsbilder vorliegt; gesellt sich zu den erwähnten Erscheinungen im weiteren Verlauf noch die charakteristische Fiebercurve, Milzschwellung und Albuminurie, so dürfte die Diagnose der Weil'schen Krankheit gesichert sein.

Die Prognose ist im Allgemeinen, wie erwähnt, eine sehr günstige, trotz der wenigen lethal verlaufenen Fälle, deren Zugehörigkeit zu dem Krankheitsbilde noch nicht sicher erwiesen ist.

Die Therapie muss einstweilen eine rein symptomatische sein; sie wird sich auf etwaige Bekämpfung der Cerebral- und gastrischen Erscheinungen beschränken können, da das Fieber hiezu wohl nur selten Veranlassung geben wird; vielleicht würden sich bei der Wahrscheinlichkeit, dass der Darm die Infectionsquelle darstellt, im Beginne einige tüchtige Dosen Calomel empfehlen.

Das ist in groben Zügen das Krankheitsbild, wie es sich uns nach den in der Literatur bis heute mitgetheilten Krankengeschichten und Beobachtungen darstellt. Es erübrigt nunmehr nur noch kurz die Frage zu erörtern, ob denn die geschilderte Krankheit auch wirklich einen selbstständigen Platz in der Reihe der inneren, speciell der Infectionskrankheiten verdient, oder ob wir es nicht vielmehr nur mit einer complicirten oder rudimentären Form irgend einer anderen bekannten Infectionskrankheit zu thun haben? Diese Fragen wurden bereits von sämmtlichen Autoren in mehr oder minder erschöpfender Weise ventilirt und verschieden beantwortet. Weil selbst lässt die Frage noch offen, ob es sich um einen Morbus sui generis oder um einen Abortivtyphus mit Icterus und Nephritis handle; für die erstere Ansicht, dass es sich nämlich um eine neue Krankheit handle, traten wir selbst sowie später Fiedler, Hueber, Nauwerck ein, während Haas seine Fälle als Typhus abdominalis abortivus biliosus, Pfuhl und ebenso Mathieu die ihrigen als Abortivtyphen auffassen und Wagner von einheimischem biliösem Typhoid spricht. Diesen Ansichten tritt A. Fränkel mit Entschiedenheit entgegen, der auf Grund einer eingehen-

den Kritik der vorliegenden Literatur, sowie auf Grund seiner eigenen Beobachtung, in welcher das Krankheitsbild sich im Anschluss an ein leichtes Erysipel entwickelt hatte, die Existenz einer Weil'schen Krankheit überhaupt leugnet und alle derartigen Fälle als »infectiösen oder septischen Icterus« bezeichnet wissen will, obwohl, wie er selbst meint, sich auch gegen diese Bezeichnung manches einwenden lässt.

Die Differentialdiagnose wurde auf das Eingehendste schon von Weil, Fiedler, Pfuhl, Fränkel u. A. besprochen und das Irrige der Annahme einer acuten gelben Leberatrophie, von Rückfallfieber, biliösem Typhoid und Abortivtyphus beleuchtet, so dass es eine unnütze Wiederholung wäre, die wesentlichen Unterschiede, die zwischen diesen Krankheiten und dem geschilderten Krankheitsbilde bestehen, nochmals darzulegen. Nur mit wenigen Worten möchte ich auf die Einwände A. Fränkel's gegen die Aufstellung einer »Weil'schen Krankheit« zu sprechen kommen. Fränkel glaubt, dass alle diese Fälle auf eine septische Infection zurückzuführen seien und es hat ja auch seine Richtigkeit, dass eine septische Infection bei scheinbar ganz gesunden Personen vorkommen und unter dem Bilde einer äusserst schweren Infection verlaufen kann. Wenn aber eine septische Infection mit so schweren Krankheitserscheinungen einhergeht, wenn sie mit hohem Fieber, Milzschwellung und vor allen Dingen mit Icterus und Nephritis verläuft, dann haben wir es in der Regel mit einer Sepsis schwerster Art zu thun, die wohl in den meisten Fällen stürmisch verläuft und mit dem Tode endet, oder zu welcher sich dann noch die übrigen Attribute schwerer septischer Infection hinzugesellen, nämlich Gelenkschwellungen, Blutungen, ulceröse Processe am Herzen, häufige Fröste, kurz Erscheinungen, die in dem geschilderten Krankheitsbilde stets vermisst werden. Handelt es sich aber nur um eine leichtere Form der septischen Infection, so ist das Krankheitsbild in der Regel auch nicht so wie das unsrige, es ist vor allen Dingen wohl nie ein so hochgradiger Icterus wie bei der Weil'schen Krankheit vorhanden, wo der Icterus zweifellos nicht ein hämatogener, sondern ein hepatogener, ein Stauungsicterus ist. Nach unsern Erfahrungen hat eine septische Infection, die mit so schweren Symptomen und so intensivem Icterus einhergeht, stets eine schlimmere Prognose. Aber selbst zugegeben, dass die Krankheit auf einer septischen Infection beruhe, so ist der Verlauf doch ein so eigenartiger, mit so auffallender Symptomenverkettung einhergehender und vor allen Dingen in dieser Form noch nicht beschriebener, dass die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes mit dem Namen der Weil'schen Krankheit auch gerechtfertigt erscheint, solange bis uns pathologisch-anatomische und bacteriologische Untersuchungen eines Besseren belehren.

Literatur:

[1]) Weil. Ueber eine eigenthümliche, mit Milztumor, Ikterus und Nephritis einhergehende, acute Infectionskrankheit. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 39.

[2]) Goldschmidt. Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's. Ibidem, Bd. 40.

[3]) Aufrecht. Die acute Parenchymatose. Ibidem, Bd. 40.

[4]) Wagner. Zwei Fälle von fieberhaftem Ikterus (Weil). Ibid. Bd. 40.

[5]) Roth. Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's. Ibid. Bd. 41.

[6]) Fiedler. Zur Weil'schen Krankheit. Ibidem, Bd. 42.

[7]) Mathieu. Typhus hépatique bénin. Rechute. Guérison. Revue de médic. 1886. VII.

[8]) Haas. Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's. Prag. med. W. 1887. Nr. 39 u. 40.

[9]) Nauwerck. Zur Kenntniss der fieberhaften Gelbsucht. Münch. med. Wochenschrift 1888. Nr. 35.

[10]) Pfuhl. Typhus abdominalis mit Ikterus. Deutsch. militärärztl. Zeitschrift, 1888. Heft 9—10.

[11]) Hueber. Die neue Infectionskrankheit Weil's in der Armee. Ibidem, Heft 5.

[12]) Brodowski und Dunin. Ein Fall der sog. Weil'schen Krankheit mit lethalem Ende. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43

[13]) Fränkel. Zur Lehre von der sogenannten Weil'schen Krankheit. Deutsche med. W. 1889, Nr. 9; diese Wochenschrift 1889, Nr. 3.

Hennig (Königsberg i. Pr.): **Eine neue Behandlungsmethode der epidemischen Diphtheritis.** Berliner klinische Wochenschrift 1889, Nr. 7 u. 8.

Verfasser hat den Muth ein neues Specificum gegen Diphtherie zu empfehlen und zwar in Gestalt des längst bekannten und angewandten Kalkwassers. Wie gewöhnlich soll auch hier die Art der Anwendung das Entscheidende für den Erfolg sein und dieselbe ist in der That eine so energische, dass man eher an die Heilung der schwersten Diphtheriefälle als an die strikte Durchführung dieser Vorschriften glauben kann. Das Kalkwasser wird in $^1/_4$ stündigen Intervallen ohne Pause bei Tag und Nacht gegurgelt und geschluckt, bis eine deutliche Abnahme des Belages zu constatiren ist; dann erst halbstündig und wenn die Membranen geschwunden sind, gestattet er Ruhepausen von 2—3 Stunden. Die innerlich gegebene Dose beträgt 10—20 g, bei Kindern, die noch nicht gurgeln können 20—30 g viertelstündlich, so dass diese 1—3 jährigen Wesen eine Menge von 2—3 Liter Aqua calcis pro Tag zu schlucken bekommen. Wundwerden der Lippen und des Rachens in Folge des Kalkwassergenusses stört in keiner Weise.

Neben dem Kalkwasser wird noch Eis in Form der Eiskrawatte aus Rindsdarm, unter Umständen Kali chloricum, Antipyrin, Antifebrin, eventuell Intubation oder Tracheotomie in Anwendung gezogen, obgleich nach Schilderung des Verfasers bei Kalkwasserbehandlung allein schon nach 6—24 Stunden ein deutliches Zurückgehen, nach 2—3 Tagen ein völliges Verschwinden der Membranen zu constatiren ist. Unter 1027 nach dieser Methode behandelten Fällen (welcher Altersclassen?) hatte Verfasser nur 2,7 Proc. Mortalität. Escherich.

Professor **J. Neumann: Lehrbuch der venerischen Krankheiten und der Syphilis.** I. Theil: Die blennorrhagischen Affectionen. Mit 69 Abbildungen im Texte und 2 Tafeln. 614 S. Wien. Wilh. Braumüller. 1888.

Von dem gross angelegten, die gesammte Venereologie umfassenden Werke des bekannten Verfassers liegt nunmehr der erste die blennorrhagischen Erkrankungen besprechende Theil vor, und wir können nicht umhin, nach Durchsicht desselben dem Bienenfleisse des Autors, der mit einer staunenswerthen Literaturkenntniss ein massenhaftes Material hier zusammengetragen und gesichtet hat, unsere volle Anerkennung und unseren Dank zu zollen; niemand der über den Tripperprocess und seine Complicationen zu arbeiten gesonnen ist, wird dieser wahren literarisch-specialistischen Fundgrube fernerhin entbehren können, und auch der vielbeschäftigte Praktiker wird in demselben gelegentlich Nutzen und Belehrung schöpfen können; gerade für die praktische Bedeutung des Werkes als Nachschlagebuch ist das umfangreiche Sachregister von nicht zu unterschätzendem Werthe. Die Anordnung des Stoffes ist eine durchaus zweckmässige; es kann hier wegen Mangel an Raum auf die Einzelheiten nicht eingegangen werden; es genüge darauf hinzuweisen, dass die klinische Charakteristik der gezeichneten Krankheitsbilder eine sehr scharfe, die therapeutischen Angaben durchaus erschöpfend, und die bisher vorliegenden pathologisch-anatomischen Untersuchungsergebnisse ausreichend gewürdigt sind. Zahlreiche gute Holzschnitte (grossentheils dem Heitzmann'schen Atlas entnommen) und zwei chromolithographische Tafeln, von welchen wir besonders die zweite (endoskopische Beleuchtungsbilder) als wichtig bezeichnen möchten, unterstützen die anschauliche Wirkung der Beschreibung. Wir zweifeln nicht an dem Erfolge des Neumann'schen Buches, und sehen dem Erscheinen der noch zu erwartenden Bände mit Interesse entgegen. Dass einzelne neuere Werke, wie z. B. Bumm's bahnbrechende Arbeit über die pathogene Natur des Neisser'schen Gonococcus, nicht bereits in dem allgemein aetiologischen Theile, sondern erst bei der Gonorrhoe des Weibes berücksichtigt wird, muss bei einem so umfangreichen Werke, dessen Herstellung mehrere Jahre erfordert, billig entschuldigt werden. Kopp.

Vereinswesen.

VIII. Congress für innere Medicin zu Wiesbaden.

(Originalbericht von Dr. Honigmann-Giessen.)

I. Sitzung, den 15. April 1889.

Herr **Liebermeister**-Tübingen eröffnet die Sitzung mit der Erinnerung an die Worte, welche Frerichs bei der Eröffnung des I. Congresses vor 7 Jahren gesprochen. Die Aufgabe der inneren Medicin sei es, den Stamm zu bilden, um den sich die anderen Schwesterwissenschaften sammeln und das Bindeglied zwischen allen darzustellen. Ihre specielleren Aufgaben, ebenso wie ihre Erfolge lägen freilich weniger klar zu Tage, als die in anderen Fächern. Nur die ausgedehnteste Diagnostik vermag die tausend verzweigten Fäden des inneren Organismus zu entwirren und der alte Satz: »Simplex veri sigillum« habe, so bestechend er auch für das Publicum und manchen Arzt klingen mag, auf die interne Medicin keine Anwendung. Nur andauernder und mühevoller Arbeit kann es gelingen, in den schweren Aufgaben, welche sie stellt, die Wahrheit zu finden. Diese Erkenntniss auch dem Publicum beizubringen, das bis in seine höchsten Schichten noch von Aberglauben bei medicinischen Dingen befallen ist, hat der Congress schon erfolgreich erstrebt. In gewissem Sinne habe er damit nicht nur der Förderung wissenschaftlicher Interessen gedient, sondern auch den wahren Interessen des ärztlichen Standes. Der ärztliche Stand mag ja, soweit der Arzt nur der Diener der leidenden Menschheit ist, vielen nicht hoch erscheinen und nur als ein nothwendiges Uebel betrachtet werden, die höhere Aufgabe des Arztes liege aber in der Verhütung der Krankheiten, in der Prophylaxe für den Einzelnen, wie in der Hygiene für das Gesammtwohl des Volkes. Je mehr der Arzt dafür thut, um so höher wird er in den Augen des Publicums stehen, je mehr er der Wohlfahrt des letzteren dient, um so höher wird er sich stellen. Was er daher in seinem Interesse vom Staate fordern kann, ist, dass es ihm gesetzlich möglich gemacht wird, seine Pflicht zu erfüllen und das Publicum zu schützen. So können wir verlangen, dass nur wissenschaftlich durchgebildete Aerzte die Behandlung der Kranken ausüben sollen und dass das Publicum ebenso wie es der Staat vor Spielbanken und verfälschten Nahrungsmitteln bewahrt, auch durch staatliche Maassnahmen vor Curpfuschern und Quacksalbern geschützt werde. — Getreu seiner Pflicht und im Hinblicke darauf, dass nicht nur die Augen der Fachgenossen, sondern auch die des grossen gebildeten Publicums auf seine Verhandlungen gerichtet sind, wird der Congress auch diesmal mit Freudigkeit an die Erörterung seiner wichtigen Themata gehen. Redner eröffnete damit die Verhandlungen, und begrüsst unter den Theilnehmern besonders die Vertreter der Chirurgie und der verwandten Specialwissenschaften.

Als stellvertretende Vorsitzende werden dann von ihm unter Acclamation der Versammlung die Herren v. Ziemssen (München), Trier (Kopenhagen) und Körte (Berlin), als Schriftführer die Herren Peiper (Greifswald), Krehl (Leipzig und Klemperer (Berlin) ernannt.

Herr **Schultze**-Bonn: Gedächtnissrede auf den verstorbenen Herrn Hugo Rühle.

Herr **Leichtenstern**-Cöln, als Referent: **Ueber den Ileus.**

Referent bespricht zunächst im kurzen Ueberblicke die geschichtliche Entwicklung der Lehre vom Ileus, über den, so lange die pathologisch-anatomischen Kenntnisse fehlten, nur vage Vorstellungen herrschten; Ileus wurde jede vermeintliche Erkrankung des Ileums, Colicus jede des Colons genannt. Als mit der Erkenntniss der anatomischen Ursachen das grosse Gebiet der Möglichkeiten für das Zustandekommen der Symptome näher bekannt wurde, fasste man bei der klinischen Unbestimmtheit seiner Componenten den Begriff des Ileus identisch mit dem des Kothbrechens: Ileus est excrementorum exclusio propter intestina intercepta. Heute bezeichnet das letztere für uns nur eine der wichtigsten Erscheinungen in dem Gesammtbilde, die aber unter Umständen auch fehlen kann. Die Ursache des Ileus kann entweder durch ein mechanisches Hinderniss im Darm, mechanischer Ileus — oder durch die mangelnde Triebkraft — dynamischer Ileus gebildet werden, oder ein bisher nicht vollständiges Hinderniss wird durch die Adynamie des Darms zum vollständigen — dynamisch-mechanischer Ileus. Der dynamische wurde auch paralytischer Ileus genannt, dessen Besprechung Referent zunächst einige besondere Worte widmet.

Die häufigste Ursache des dynamischen Ileus ist die Peritonitis in allen Formen, besonders die Perityphlitis. Die Unterscheidung, ob es sich um eine wirkliche Occlusion oder eine Bauchfellentzündung handelt, ist besonders schwer in den Fällen, in denen letztere mit Obstruction und sogar Kotherbrechen einhergeht — Pseudoocclusion der Franzosen. Ferner gehört hierzu der Ileus nach Traumen des Abdomen, nach Reposition von Hernien, nach Laparo- oder Enterotomie selbst nach Beseitigung des Darmhindernisses. Allen diesen Formen ist die Lähmung einer bestimmten Darmstrecke gemeinsam, hier stauen sich die Ingesta und setzen der vis a tergo eine Hemmung entgegen, die bald zum vollständigen Stillstand in der Fortbewegung des Darminhaltes führt. Durch die Unterschiede in der Füllung vor und nach der gelähmten Stelle kann es auch hierbei secundär zu Knickungen kommen. Ein ähnliches, einer Stenose gleichendes Verhalten kann auch durch starken Gasmeteorismus, welcher den Darm paralysirt und in seiner Stellung fixirt, hervorgerufen werden. Jede Stenose ruft in der Strecke oberhalb eine vermehrte Thätigkeit der Musculatur mit nachfolgender Hypertrophie derselben hervor, welche die unvollständige Verengerung lange compensiren kann, um so besser, je langsamer sie sich entwickelt. Circulationsstörungen, Diätfehler, welche Vermehrung der Peristaltik hervorrufen, können die latente Erkrankung manifest machen, doch oft gehen die Erscheinungen auch wieder zurück und in diesem Stadium schon mangelhaft gewordener Compensation kann sich das Bild oft lange sogar unter mehrfachen Attacken von Kotherbrechen hinziehen. Schliesslich erreicht durch die Veränderungen in der Schleimhaut die Insufficienz höhere Grade. In leicht übersehbarem Circulus vitiosus vermögen die durch die vermehrte Stauung der Ingesta gedehnten und durch entzündliche Schleimhautvorgänge paretischen Muskeln den gesteigerten Ansprüchen nicht mehr zu genügen und die Insufficienz wird complet. (Ileus dynamomechanicus.) Bei der acuten Strangulation des Darms kann das dynamische Moment insofern auch von Bedeutung sein, als die damit eintretende Circulationsstörung die Triebkraft der Musculatur beeinträchtigt. Referent fasst seine Erfahrungen über den Ileus paralyticus daher in folgenden Sätzen zusammen: 1) Eine latent verlaufende Stenose kann durch Hinzutritt eines neuen mechanischen Hindernisses plötzlich acut werden. 2) Der acute Eintritt von Ileus beweist demnach nicht, dass ein vorher normaler Darm afficirt ist. 3) Den acuten Einklemmungssymptomen können längere Zeit weniger intensive Erscheinungen von Darmverengerung vorangehen. 4) Das typische Bild des Ileus entwickelt sich erst, wenn die Steigerung der stenotischen Erscheinungen durch das Erlöschen der Triebkraft zu Stande kommt. 5) Acute Strangulationen führen durch die gleichzeitige Circulationsstörung Darmparalyse und somit Ileus herbei, auch wenn das mechanische Moment das Darmlumen nicht ganz verschliesst.

Die Diagnose hat in erster Linie zu entscheiden, ob es sich um Ileus überhaupt handelt. Ins Gebiet der Differentialdiagnose fallen u. A. Peritonitiden, Perityphlitis, Enteritis, Enteralgien, Gallensteine, Nierensteinkolik, Einklemmung von Leistenhoden, von Divertikeln des Processus vermiformis, Uterusincarceration, Choleraanfall u. a. m.

In zweiter Linie hat sie den Sitz der Einklemmung zu bestimmen. Hierbei sprechen für Dünndarmocclusionen, acuter Verlauf, stürmisches reichliches Erbrechen, Indicangehalt des Urins; das Abdomen ist im Meso- und Hypogastrium gewöhnlich gleichmässig aufgetrieben, oft zahlreiche Darmschlingen — je nach der Beschaffenheit der Bauchwand — in gesteigerter Thätigkeit sichtbar in unregelmässigem Durcheinander, oft etagenförmig übereinander quer durch das Abdomen ziehend.

Für den Dickdarm spricht Vorhandensein voller Darmschlingen, die sich eventuell in Continuo verfolgen lassen, das

Abdomen asymmetrisch vorwölben, sehr langsame Bewegung zeigen, oft sind auch die Haustra sicht- oder fühlbar. Beachtenswerth sind die Möglichkeiten der Verlagerung der Colontheile durch die Ueberfüllung, z. B. kann das Coecum bis in's Mesogastrium, das S. romanum bis in's rechte Hypochondrium sich ziehen. Die Entwicklung der Symptome ist hier langsamer, Kotherbrechen im Ganzen ziemlich selten, gewöhnlich aber erst sehr spät.

Die anatomische Ursache, das strangulirende Moment, lässt sich nur in den seltensten Fällen mehr als vermuthungsweise bestimmen, die Invagination ist in 70 Proc. der Fälle sicher zu diagnosticiren, ebenso eingeklemmte Hernien, Rectumverschluss durch Tumoren u. dgl. Die Anamnese kann durch Hinweis auf bestehende oder frühere Dysenterie, Tuberculose, peritoneale Exsudate, Gallensteine, frühere Operationen etc. gleichfalls wichtige Anhaltspunkte geben. In der Mehrzahl der Fälle fehlen diese objectiv kritischen Zeichen völlig und man muss sich mit der Feststellung eines Ileus überhaupt und des ungefähren Sitzes desselben begnügen.

Die Erscheinungen lassen sich theilen in Occlusionssymptome und reflectorische Erscheinungen. Zu den ersteren gehört die Stuhlverhaltung, die Auftreibung des Abdomens und das Kothbrechen. Für die Beurtheilung des letzteren sei allein der Geruch entscheidend; nicht das Vorhandensein wirklicher Scybala, die äusserst selten seien. Die Anschauung, dass Miserere nur bei Dickdarmocclusion und offener Valvula Bauhini möglich sei, hat noch immer Anhänger, wiewohl doch bewiesen sei, dass im untern Ileum sich nachweislich Kothballen befinden, andrerseits durch die Untersuchungen von Kühne, Nencki, Brieger etc. doch bekannt sei, dass die sich bei der Eiweissfäulniss unter Mitwirkung des pankreatischen Saftes im Dünndarm bildenden aromatischen Verbindungen den specifischen Fäcalgeruch erzeugen. Unsere Erfahrungen führen vielmehr zu dem Satz: das Kothbrechen ist um so constanter, je höher der Sitz der Occlusion. Hinsichtlich der Theorie des Miserere erwähnt Referent, dass das Verdienst, die alte Lehre von der Antiperistaltik durch die natürliche Auffassung desselben als mechanische Regurgitation ersetzt zu haben, nicht, wie allgemein angenommen, van Swieten sondern Haguenot von Montpellier gebühre. Die Möglichkeit einer Antiperistaltik überhaupt sei durch die Nothnagel'schen Beobachtungen dieser Bewegung bei Darmreizung durch Salzkrystalle erwiesen. Referent hat diese Versuche selbst nachgemacht und bestätigt gefunden. Ferner hat er in jüngster Zeit einem Hunde ein 35 cm langes Darmstück resecirt und verkehrt mit dem oberen Ende an das untere Fragment und vice versa angenäht, also auf diese Weise ein langes Darmstück dauernd antiperistaltisch functioniren lassen, ohne Störung der Verdauung.

Referent gibt daher der Möglichkeit Raum, ob nicht den abnormen Producten der Eiweissfäulniss (Scatol etc.) eine ähnliche Wirkung wie den Nothnagel'schen Salzkrystallen zur Erzeugung antiperistaltischer Bewegungen zugeschrieben werden können.

Die reflectorischen Erscheinungen beziehen sich auf die Aufnahme solcher abnormer Eiweissfäulnissprodukte ins Blut (Phenolurie, Indicanurie etc.) und die schweren Allgemeinerscheinungen, die an Intoxication denken lassen. Die weitgehende Anschauung einiger französischer Autoren, den ganzen Symptomencomplex des Ileus davon abzuleiten, lässt sich nicht durchführen; wohl aber mögen gewisse Erscheinungsreihen, wie die febrilen Symptome, Delirien, Coma, Tetanus, sowie die nach überwundener Occlusion oft zurückbleibenden typhoiden und nephritischen Erscheinungen sich davon herleiten.

Zum Schluss gedenkt Referent noch der »Transsudationshypothese«, welche annimmt, dass bei dem Ileus durch Strangulation es zu einer massenhaften Transsudation in den Darm kommt. Für die Richtigkeit dieser Anschauung sprechen u. A. die Wasserverarmung des Blutes, die Referent selbst oft hämoglobinometrisch nachgewiesen, das oft besonders von den Franzosen beobachtete profuse Erbrechen von Flüssigkeiten ohne analoge Flüssigkeitsaufnahme, und schliesslich das Thierexperiment, das nach Durchschneidung der Mesenterialnerven reichliche Flüssigkeitsansammlungen im Darm zeigt.

Herr **Curschmann**-Leipzig, Correferent: **Ueber die Behandlung des Ileus.**

Referent widmet zunächst den frühesten und früheren zum Theil sehr abenteuerlichen Behandlungsmethoden des Ileus eine kurze Besprechung und betont die Nothwendigkeit, in die jeder Arzt versetzt ist, ein gewisses Programm für die Behandlung fertig zu haben, da die Plötzlichkeit der Erscheinungen ein sofortiges thatkräftiges und zielbewusstes Einschreiten desselben erfordert.

Auf die Behandlungsmethoden, die sich allmählich einbürgerten, habe nun in der neuesten Zeit durch die Erfolge der Bauchchirurgie ein neuer kräftiger Impuls gewirkt, welcher die interne Behandlung fast ganz in Frage zu stellen scheint, und die Laparotomie, als eine heute nicht mehr gefährliche Operation, als das sicherste Mittel gegen die entsetzliche Krankheit hinzustellen scheint. Für die Inangriffnahme der richtigen Therapie ist die schon vom ersten Referenten betonte Unsicherheit der causalen Diagnose eine grosse Hemmung. Mit Ausnahme der seltenen Fälle, in denen eine solche gestellt werden kann, können für die Therapie nur die allgemeinen Punkte berücksichtigt werden, welche auf eine Beurtheilung der Stärke des Hindernisses und des Maasses der treibenden Kraft der Darmparthie vor demselben basiren. Es handelt sich entweder um geringfügige Hindernisse bei fehlender Darmperistaltik, oder der Motus peristalticus ist ungestört bei Vorhandensein eines unüberwindlichen Hindernisses oder schliesslich ist die Darmthätigkeit an sich ungestört, vermag aber ein an sich nicht unüberwindliches Hinderniss durch besondere Verhältnisse nicht zu beseitigen, sondern muss es eher steigern (Intussusception, Divertikel, Fortschieben von Fremdkörpern).

In jedem Falle kommt es hierbei zu einer Steigerung des intraabdominalen Druckes. Die Gedärme oberhalb der Occlusionsstelle sind abnorm gebläht, das Diaphragma hinaufgedrängt, die meteoristischen Därme gegen die leeren gedrückt und fixirt, kurz ein Verhältniss hergestellt, in dem der Darm fast keiner Excursion mehr fähig ist.

In der That scheint hier eine Hilfe ohne mechanischen Eingriff fast unmöglich und derselbe ist auch für alle Fälle von manchem Arzte dringend gefordert worden. Dennoch ist in fast keinem Falle eine Heilung ohne denselben absolut auszuschliessen. Es ist bekannt, dass Intussusceptionen sich heben, dass Knickungen sich wieder lösen, Fremdkörper weiter gefördert werden, einklemmende Stränge sich dehnen, sogar zerreissen können u. s. w. Dem Einwand, dass diese Fälle die leichtesten und seltensten sind, begegnet Referent vor allem durch eine Statistik, die er aus seinen eigenen Beobachtungen und denen der Herren Goltammer und Bülau zusammengesetzt hat, im ganzen 105 Fälle, von denen $35^1/_4$ Proc. bei innerer Behandlung geheilt wurden. Diese Zahl ist an sich zwar keineswegs zufriedenstellend, und könnte im Gegentheil den Arzt eher veranlassen, lieber zu energischeren aggresiven Mitteln zu greifen. Hiergegen spricht aber in erster Linie, dass für eine Anzahl Fälle die Laparotomie nicht ungefährlicher ist, als der Ileus selbst, was auf dem letzten Chirurgencongress von berufener Seite (Madelung) selbst zugestanden sei. Die Schwierigkeit, die Grenze zu ziehen zwischen interner und chirurgischer Behandlung, liegt einmal in der schon erwähnten Unmöglichkeit, schnell die richtige causale und locale Diagnose zu stellen; für den praktischen Arzt noch weniger als für den Hospitalarzt, der die Fälle erst in einem Zustand zu sehen bekommt, in dem der Leib bereits aufgetrieben, der Puls klein, die Mattigkeit gross und der Collaps so drohend ist, dass nur die allergröbste Diagnose sich ermöglichen lässt. Bei solchen Fällen ist die Aussicht für die chirurgische Behandlung eben so schlecht, wie für die interne. — Die Ursache dafür liegt nicht in der früher befürchteten Gefahr einer Sepsis nach der Operation, die man ja bei dem heutigen Stande der chirurgischen Technik völlig ausschliessen kann, sondern im Zustand des Patienten selbst, in der Angegriffenheit seines Nervensystems, in seiner Herzschwäche, seinem Shok. Die Er-

öffnung der Bauchhöhle, die nothwendigen Manipulationen mit den Därmen steigern denselben und solche Patienten sterben gewöhnlich ohne dass pathologisch-anatomisch eine Ursache gefunden wird, am Collaps. — Der Vorschlag früher zu operiren ist leichter zu machen, als durchzuführen. Für Arzt und Patient ist es nicht leicht, sich in den ersten 10 Stunden zu einer solchen Operation bei einem Uebel, das in $^1/_3$ der Fälle durch interne Behandlung sich heilbar gezeigt hat, zu entschliessen. Für den Chirurgen wachsen die Schwierigkeiten dadurch, dass die Technik allen Fällen sich nicht gewachsen zeigt. Es kommt hauptsächlich auf grosse Schnelligkeit, möglichste Einschränkung der Manipulationen am Darm an, und die Nothwendigkeit der letzteren steht für den einzelnen Fall ausser jeder Berechnung. Der Kümmel'sche Vorschlag, die Bauchhöhle vom Schwertfortsatz bis zur Symphyse zu öffnen und in den eventrirten Gedärmen das Hindernis zu suchen, hat einmal die Grösse des Eingriffs gegen sich, ferner aber den Umstand, dass es oft sogar post mortem für den Prosector die grössten Schwierigkeiten hat, den Ort der Stenose zu finden. Und ist selbst derselbe gefunden, so hat es wieder erneute Schwierigkeiten den Darm zurückzubringen, ohne erneute lang dauernde Manipulationen, die den Patienten völlig erschöpfen können (Punction, Incision und Naht). Mikulicz hat Recht, wenn er meint, dass eine zu häufige Anwendung der Operation in solchen Fällen dieselbe nur discreditiren kann. — Hier ist es das Beste, zunächst die Enterotomie zu machen an der Stelle, wo vermuthlich das Hindernis liegt. Dieselbe macht zunächst fast immer die Passage frei, kann eventuell völlig curativ wirken, wenn sie aber auch das Hindernis nicht dauernd beseitigt, so ermöglicht sie doch eine Laparotomie unter günstigern Umständen zur Radicalbeseitigung der Stenose, sobald der Patient sich etwas erholt hat.

Anders liegen die Fälle, welche eine frühzeitige örtliche und aetiologische Diagnose gestatten. Hier wäre es sündhaft nicht zu operiren.

Als die Grundsätze der innern Behandlung giebt Referent an:

Absoluteste Diät, durch die auch für den Fall der Operation dem Chirurgen in die Hände gearbeitet wird.

Der Durst wird durch Eispillen, kleine Wasserklystiere, eventuell durch grössere Kochsalzinfusionen bekämpft. —

Die direkten Massnahmen sind gerichtet auf Verminderung des motus peristalticus, Herabsetzung des abdominellen Druckes und direkte Angriffe auf die verschliessende Stelle.

Abführmittel sind daher unbedingt abzurathen. Sie vermehren die Peristaltik, bringen den Darm leichter zur Parese und Lähmung, sie können immer nur im Sinne einer Steigerung der Darmüberfüllung wirken.

Das umgekehrte gilt vom Opium. Es vermindert die Peristaltik, sorgt für gleiche Vertheilung der Contenta und wirkt so gegen den allgemeinen Collaps und die Darmparese. Bei noch kräftigen Kranken dreiste Dosen von 0,5—1,0 pro die. In späterer Zeit ist die forcirte Opiumdarreichung abzurathen

Die von Kussmaul zuerst angewendete Magenausspülung wirkt nicht nur beruhigend und sehr erleichternd, sondern auch direkt fördernd und heilend. Durch die Entlastung des Magens wird der Darminhalt nachgesogen und so durch methodisches Ausspülen die gestauten Darminhaltsmengen beträchtlich vermindert.

Aehnlich wirkt die Gaspunktion, mit der Curschmann gute Erfahrungen gemacht hat. Ihre Wirksamkeit beruht in einem annähernden Spannungsausgleich der Darmparthie ober- und unterhalb der Stenose. Sie ist natürlich mit Auswahl, besonders bei nicht paretischem Darm vorzunehmen. Bei aseptischem Vorgehen ist sie absolut ungefährlich und hinterlässt, wie mehrere anatomische Befunde nachweisen, keinen localen Reiz.

Von Clystieren, dem früher beliebtesten Mittel, ist Referent sehr zurückgekommen, und wendet solche Eingiessungen höchstens bei Annahme einer Stenose im Colon an. Die Eingiessung kann besonders fatal werden, wenn die Flüssigkeit nicht wieder abfliesst und so den Druck im Leib noch vermehrt. Statt dessen ist die von Ziemssen empfohlene Lufteinblasung ins Rectum eher anzurathen, sie leistet dasselbe wie die Eingiessung, ohne die letztere Gefahr in sich zu tragen. Curschmann wendet dabei eine gablige Röhre an, deren freier Schenkel durch einen Quetschhahn verschlossen wird, durch dessen Oeffnung die eingeblasene Luft jederzeit herausdringen kann.

Discussion: Herr Jürgensen-Tübingen führt als Bestätigung der von Herrn Curschmann erwähnten Bedeutung der intraabdominellen Druckvermehrung für die Symptome des Ileus an, dass er gelegentlich einiger zu anderen Zwecken angestellter Experimente an Hunden bei künstlicher Erhöhung des abdominellen Druckes Sinken des arteriellen Blutdrucks und erhebliche Beeinträchtigung der Arterialisirung des Blutes gefunden habe. Hinsichtlich der Brauchbarkeit der Darmpunction schliesst er sich gleichfalls den Ansichten des Referenten an. Dagegen hat er bei Lufteinblasung in einem Falle von Darmverschluss bei Rectumcarcinom ein Eindringen der Luft durch das retroperitoneale Bindegewebe und sofortigen Tod unter allgemeinem Emphysem und doppelseitigem Pneumothorax beobachtet.

Herr Rosenbach-Breslau macht zunächst auf ein dianostisch und prognostisch nach seinen Beobachtungen sehr bedeutungsvolles Symptom aufmerksam, das er bereits Anfangs dieses Jahres beschrieben. Dasselbe besteht in einer Farbenreaction des Urins. Bei Kochen und langsamen Zusatz von Salpetersäure entsteht eine Rothfärbung des Harnes mit violettem Schüttelschaum. Die Reaction verschwindet langsam, sie ist mit der Indicanreaction keineswegs identisch. Nach Rosenbach's Auffassung ist sie ein Zeichen schwerer Stoffwechselveränderungen, insofern sie nicht die Eiweissfäulniss im Darm, sondern den Zerfall von Körpereiweiss im Organismus anzeigt. Sie findet sich bei allen den Stoffwechsel schwer alterirenden Krankheiten, besonders bei den Darminsufficienzen nicht blos nach Seite der mechanischen sondern durch der resorbirenden Darmthätigkeit, Diarrhöen, Obstructionen und dergleichen. Prognostisch ist sie insoferne zu verwerthen, dass sie bei mehr als 14 Tage langem Bestehen eine irreparable Stoffwechselstörung anzeigt, bei vielen Coprostasen fehlt sie, tritt dagegen bei acuten Strangulationen auch oft auf. Verschwindet sie 2 Tage nach der Operation nicht, so ist die Prognose schlecht.

Ferner spricht sich Rosenbach für die Darmpunktion aus, als ein mehr als palliatives Mittel. Ihre Ausführung ist ungefährlich, besonders eignet sich das rechte Hypogastrium dazu. Wenn bei dem ersten Einstechen nichts austritt, so ist vorsichtige Aspiration nöthig, nach welcher zunächst Gas, eventuell auch flüssiger Darminhalt dann entweicht.

Herr Nothnagel-Wien bezweifelt das Erbrechen geformter Kothmassen beim Miserere. Denselben ähnliche, runde gallig tingirte Massen habe er unter andern Umständen schon beobachtet, dieselben erwiesen sich stets als Milchgerinnungen, die im Magen oder Oesophagus die eigenthümliche Gestaltung angenommen. Bei Obductionen wurde nie oberhalb der Stenose geformter Koth gefunden, derselbe befand sich physiologisch nur unterhalb der Ileocöcalklappe gewöhnlich erst im Colon transversum. Bei dem Darmverschluss ist wegen der starken Transsudation und Gasentwicklung ein fester Inhalt undenkbar.

Antiperstaltische Bewegungen beim Darmverschluss hält Nothnagel nicht gut für möglich. Ein Vorkommen derselben habe er allerdings durch Reizung des Darms mit chemisch differenten Substanzen erzielt, aber nur bei Einführung des Reizes an unphysiologischer Stelle. Er kann sich daher den Leichtenstern'schen Anschauungen in diesem Punkte nicht anschliessen, hält das Kothbrechen nur für mechanische Regurgitation. Hinsichtlich der Heilungsmöglichkeit bei Darmverschluss erinnert er an die so oft physiologisch beobachteten Invaginationen bei Thieren mit langem Darm und an die postmortal beobachteten Invaginationen bei Kindern. Es sind dies wahrscheinlich öfters physiologische Erscheinungen, die von selbst zurückgehen können, vorausgesetzt dass der Darm sich im Zustand der Ruhe befindet. Trifft dagegen die Intussusception mit der Thätigkeit des Darmes zusammen, so sind die Bedingungen für das Zustandekommen einer Stenose durch die Steigerung der Bewegung gegeben.

Herr von Ziemssen-München hält zunächst die Warnung des Herrn v. Jürgensen hinsichtlich der Lufteinblasungen

in das Rectum für übertrieben, er habe noch nie schlimme Erfahrungen damit gemacht. Zudem sei durch eine sorgfältige Beobachtung und eventuell Combination des Verfahrens mit einer genauen Auscultation des Darms die Einblasung auch im Stande den Ort der Stenose genau erkennen zu lassen, und die Schlussfähigkeit der Bauhinischen Klappe zu beurtheilen. Kotherbrechen könne auch bei abnormen Communicationen zwischen Magen und Colon transversum vorkommen, wobei oft Bröckel, nie Brocken, entleert werden. Bei derartigen Fällen von flüssigem Kothbrechen ist differentialdiagnostisch characteristisch das Fehlen des Meteorismus, die Aufblähung des Magens bei Lufteinblasung in's Rectum und der fehlende Wasserabfluss bei Magenausspülung, statt dessen sofortige Entleerung der eingegossenen Menge durch den Mastdarm erfolgt. Ueber die Wirksamkeit der Arzneien hat v. Ziemssen an sich selbst, als er am Ileus krank lag, die Erfahrung gemacht, dass dieselben per os genommen nicht resorbirt zu werden scheinen, er hält daher die Darreichung per anum oder hypodermatisch für richtiger.

Bei der Darmpunction ist der Austritt von Flüssigkeit bedenklich, sobald sie sich zeigt muss an einer andern Stelle punctirt werden. Die Magenausspülung ist eine entschiedene Errungenschaft. Sie ist auch wenn operirt werden soll nothwendig und muss der Operation immer vorangeschickt werden.

Herr Zöge v. Manteuffel-Dorpat formulirt im wesentlichen die von Herrn v. Wahl seiner Zeit gestellten Forderungen zur Stellung einer präcisirten Diagnose, ohne welche die Laparotomie nicht auszuführen wäre. Das nothwendige Postulat sei der Nachweis der paretischen, unbeweglich verharrenden Darmstrecke, welche immer gefunden werden soll, bevor zur Operation geschritten wird. Die Enterotomie ohne locale Diagnose sei gleichbedeutend mit der Bankerotterklärung der Chirurgie.

Schluss der Sitzung um $12^1/_4$ Uhr; die weitere Discussion vertagt.

II. Sitzung, den 15. April Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender Herr v. Ziemssen.

Fortsetzung der **Discussion über den Ileus.**

Herr Fraentzel kommt auf Grund seiner langjährigen Beobachtungen zu dem Schlusse, dass sich über den Zeitpunkt der Operation, ebenso wie überhaupt über die Frage ob chirurgisch oder intern behandelt werden soll, keine allgemeinen Gesichtspunkte fassen lassen. Aus den jetzigen Erfahrungen folgt für beide Fragen nur ein non liquet. Von der Darmpunction hat er viel günstige Erfolge gesehen und nur einen einzigen Misserfolg mit Darmzerreissung erlebt.

Herr Fürbringer-Berlin berichtet, dass im Krankenhaus Friedrichshain 13 Proc. der Fälle von Ileus durch interne Behandlung geheilt wurden, unter diesen solche, in denen er die Operation wollte, aber der Chirurg sich nicht dazu entschloss und solche in denen die beabsichtigte Operation durch zufällige Momente verhindert wurde. Die Resultate der innern Medicin sind nicht schlecht genug und die der Chirurgie nicht gut genug um in allen Fällen die Operation zu rechtfertigen, wenn sie auch in vielen bestimmt gemacht werden muss. Ob durch eine genauere Präcisirung der Diagnose die Therapie wesentlich gefördert werden wird, erscheint sehr fraglich, die gut diagnosticirten Fälle sind nicht immer die, welche heilen. Opium sei für ihn auch das beste innere Mittel, in manchen Fällen auch das beste Laxans und Tonicum. Für die Punction erkläre er sich gleichfalls im Allgemeinen, wenn sie auch nicht in allen Fällen zu rathen sei. Viermal habe er bei der Obduction von vorher Punctirten Anzeichen von Peritonitis gefunden; ein Patient starb bald nach einer Punction, einmal bedingte sie Darmeinriss, weil während der peristaltischen Bewegungen die Nadel festgehalten wurde. Die Lufteintreibung habe er auch mit Erfolg versucht, aber einmal heftige Schmerzen danach beobachtet. Zur Vermeidung zu starken Druckes führe er eine weiche Magensonde in's Rectum und blase die Luft direkt ein. — Die Nothnagel'schen Beobachtungen über Milchgerinnungen könne er auch bestätigen.

Herr F. A. Hoffmann-Leipzig hat bei der Darmpunction trotz grösster Sorgfalt und Vorsicht schlimme Erfahrungen gemacht. Hinsichtlich der principiellen Frage der Operation giebt er die Zulässigkeit einer Probeincision in allen Fällen zu. Er erinnert an die frühere Perhorrescirung der Sectio caesarea, der in der vorantiseptischen Zeit die spärlichste Berechtigung zugesprochen wurde und die heut jeder unbedenklich im gegebenen Falle mache. Er glaube, dass die Laparotomie an sich keine Gefahren biete und immer geringere bieten werde, man solle sie daher nicht unterlassen.

Herr Schede-Hamburg deckt sich im wesentlichen mit den von Herrn Curschmann geäusserten Grundanschauungen und hält die Zukunft der Operation abhängig von der sicheren Diagnose des Sitzes und der Ursachen der Occlusion. An sich sei die Operation gewiss nicht gefährlich, aber der Zustand des Ileus setzt die Widerstandskraft des Patienten erheblich herab, so dass die geringste Operation das Leben in Frage stellen kann. Die von v. Wahl ausgesprochene Forderung, jedesmal die paretische Darmstrecke festzustellen, wird nur in den seltensten Fällen und nur in den allerersten Stunden der Occlusion erfüllt werden können. Für die chronischen Verengerungen ist mit den ersten Zeichen des Ileus der Zeitpunkt der Operation gekommen. In den acuten Fällen soll man sich bei sicherer Diagnose schnell zur Operation entschliessen, bei unsicherer zunächst die innere Behandlung versuchen; sobald die ersten Zeichen von verminderter Herzkraft auftreten, aber chirurgisch einschreiten. Bei den langsamer verlaufenden Fällen, die der Chirurg gewöhnlich zu sehen bekommt, kommt die Enterotomie und Anlage eines künstlichen Afters neben der Laparotomie in Betracht, sie kann in manchen Fällen entschieden auch curativ wirken.

Herr Flothmann-Ems berichtet über 4 operirte Fälle, 2 von Invagination, 2 von Einklemmung latenter Cruralhernien, in denen die Operation mit guten Erfolg ausgeführt wurde.

Herr Bäumler-Freiburg spricht sich für den sofortigen Gebrauch des Opium in allen Fällen aus, wenn auch chirurgischerseits dagegen geltend gemacht werde, dass es das Krankheitsbild verwische, eine scheinbare Besserung vortäusche und damit kostbare Zeit verginge. Er ist auch für Darreichung in Form der Suppositorien oder der subcutanen Morphiuminjection. Nur wenn es zu ganz acuten Einklemmungen kommt, soll der Chirurg eingreifen. Bäumler sieht die Bedeutung der heutigen Verhandlung darin, dass für die interne Behandlung soviel gewichtige Stimmen laut wurden, er selber habe damit in den schwersten Fällen Erfolg gehabt. Von fernerer Bedeutung halte er es, dass die Abführmittel als durchaus verwerflich proklamirt worden sind.

Herr Leube-Würzburg theilt die Anschauung des Herrn Fraentzel die in dem non liquet gipfle. Für ihn bestehe die Fragestellung so: Einmal: wann darf operirt werden, zweitens wann muss operirt werden. Operirt werden darf, wenn im speciellen Falle in kurzer Frist alle innern Mittel erschöpft sind, hiezu rechne er ausser Opium, Magenausspülung etc., auch die Abführmittel, in deren absolute Verdammung er nach seiner Erfahrung nicht einstimmen könne. Zum chirurgischen Eingriff muss geschritten werden, sobald der Puls anfängt, die leiseste Abweichung nach unten zu zeigen.

Herr Mosler-Greifswald spricht sich sehr für die Magenausspülung aus, mit der er die besten Erfahrungen gemacht habe, jedenfalls sei sie immer vor der Operation nöthig.

Herr Roser-Hanau berichtet über 3 operirte Fälle mit günstigem Ausgang.

Herr Baumgärtner-Baden-Baden berichtet über einen Fall von Laparotomie bei Ileus.

Herr Nothnagel-Wien betont, dass das physiologische Verhalten des Darms zur Richtschnur für die Therapie dienen müsse. Von diesem Standpunkte aus seien die Abführmittel absolut zu verdammen. Einstimmig ist die Auffassung, dass Opium gegeben werden muss. Wie es wirke, ist allerdings im allgemeinen nicht klar, nur bei den Invaginationen ist es verständlich, dass die Spasmen durch seine Wirkung gelöst würden. In den anderen Fällen von Strangulation stehen wir nur vor einer richtigen Erfahrung ohne physiologische Deutung. Erstrebenswerth sei jetzt vor Allem eine gute erschöpfende Statistik über

die Erfolge interner und chirurgischer Behandlung, so lange eine genauere Kenntniss aller im Augenblick der Erkrankung in Betracht kommender Geschehnisse als nothwendige Basis für ein sicheres und zielbewusstes Handeln noch nicht völlig erreicht sei.

Herr Leichtenstern (als Referent zum Schluss) hat der Discussion im wesentlichen nichts hinzu zu setzen. Nur hinsichtlich der Frage der Antiperistaltik weist er darauf hin, dass die Forderung Nothnagel's eines chemischen Darmreizes an unphysiologischer Stelle auch bei seiner Auffassung erfüllt sei. Die Anhäufung der von ihm erwähnten Verbindungen, wie Scatol, Indol, Paroxyphenylessigsäure etc. geschehe gewiss auch an unphysiologischer Stelle, jedenfalls in demselben Sinne, als wenn wie bei den Nothnagel'schen Versuchen Cl Na-Clystiere in's Rectum gegeben werden.

Herr Curschmann als Referent betont die Uebereinstimmung in der Verwerfung der Abführmittel und macht noch einmal auf die ungefährliche Wirksamkeit von Lufteinblasung und Darmpunction, wenn sie im richtigen Falle angewendet werden, aufmerksam.

III. Sitzung. Dienstag den 16. April 1889.

Herr Liebermeister eröffnet die Sitzung um 9½ Uhr.

Herr **Immermann**-Basel: **Ueber die Funktionen des Magens bei Phthisis tuberculosa.**

Referent hat im Hinblick auf die Wichtigkeit der Ernährung der Phthisiker, welche durch die oft bis zum Widerwillen gegen Essen gesteigerte Anorexie und Dysphagie auf fast unüberwindliche Schwierigkeiten stosse und besonders auch unter Berücksichtigung der guten Erfolge einer alimentation forcée seit 1½ Jahren Beobachtungen über die Magenfunktion bei Phthisikern gesammelt. Die Untersuchungsmethodik beschränkte sich auf die Untersuchung auf Salzsäure und peptische Kraft. Die Fälle wurden möglichst verschieden ausgesucht, und dabei sowohl dem subjectiven gastrischen Befinden, wie dem Stande der Krankheit und der Gesammtconstitution und dem Verhalten des Fiebers Rechnung getragen. Die Kranken wurden alle in der Hauptzeit für die Magenthätigkeit mit der Leube'schen Probemahlzeit untersucht, welche dem Magen gerade die richtigen Aufgaben stellt. Von 54 Patienten hatten Alle 6 Stunden nach der Mittagsmahlzeit leeren Magen, bis auf 3 Fälle. In zweien von diesen war nur eine geringe Quantität saurer Flüssigkeit, in dem letzten, der keine gastrischen Symptome bot, waren wirklich Nahrungsreste vorhanden. Dieses übereinstimmende Resultat der Magenleere nach 6 Stunden fand sich auch überall wo wirkliche Verdauungsbeschwerden, hohes Fieber und starker Kräfteverfall bestanden. Es spricht dies für den subjectiven, mehr nervösen Charakter der Dyspepsie. Die zweite Untersuchungsreihe, an denselben Patienten vorgenommen, bestand in einer Magenausspülung, 1 Stunde nach der Darreichung von dem Eiweiss zweier Eier in destillirtem Wasser. Der Inhalt wurde vorsichtig aspirirt. Von diesen hatten 84 Proc. gute HCl Reactionen mit einer Acidität von 1,0—4,0 pro mille, also darunter auch Hyperacidität, sogar bei Decrepiden und hoch Fiebernden. Bei 6 Patienten keine Reactionen, bei 2 alkalische, davon war der eine ein Potator. In den wenigen Fällen ohne Farbstoffreactionen war der Inhalt sauer, aber ohne Milchsäure zu zeigen, so dass es sich um gebundene Salzsäure gehandelt haben musste. Die peptische Kraft im Verdauungsversuch nach Riegel geprüft war überall normal. Referent folgert daraus, dass von den gesteigerten Beschwerden des Magens kein Rückschluss auf die gestörte secretorische oder motorische Magenthätigkeit erlaubt und dass die directe Untersuchung in allen diesen Fällen geboten sei.

Keine Discussion.

Herr **Petersen: Ueber die hippocratische Heilmethode.** Referent weist darauf hin, dass der Hippocratismus, wenn auch in Einzelheiten, doch in seinen Grundanschauungen keineswegs als eine obsolete und längst abgethane Anschauung bei Seite zu werfen sei. Seine Auffassungen begegnen sich vielfach mit ganz modernen Ideen, wie die Lehre von der Heilkraft des Fiebers mit vielen heutigen antipyretischen Theorien oder der »kritische Milztumor« bei Intermittens mit der Metschnikoff'schen Phagocythentheorie«. Er decke sich vollkommen mit dem idealen Begriff der klinischen Medicin, welche in der Beobachtung des ganzen Menschen am Krankenbett die tota medicina sieht. Referent hebt in diesem Sinne die Aufgabe der inneren Medicin hervor und wendet sich gegen das Specialistenthum in praktischer und wissenschaftlicher Hinsicht, als dessen Auswuchs er u. A. die Heilversuche Pasteur's ansieht. So lange es eine wirkliche praktische Medicin giebt, wird sie im Sinne des Hippocratismus wirken müssen.

Discussion: Herr Hoffmann-Leipzig tritt den abfälligen Bemerkungen des Referenten über Pasteur entgegen, dessen grosse Verdienste er betont. —

Herr **Fürbringer**-Berlin: **Ueber Impotentia virilis.** Referent macht nur die nervöse Form der männlichen Sterilität, die Impotentia coeundi zum Gegenstande seiner Besprechung. Als seltenste Spielart derselben schickt er die Erläuterung einer Form voraus, in der eine mechanische Verhinderung der Erection durch Deviation der Schwellkörper zu Stande kommt, entweder auf gonorrhoischer Basis, oder ohne dieselbe, wobei es sich dann um eigenthümliche Schrumpfungsformen ohne vorherige Entzündung handelt. Die Mehrzahl aller Fälle ist bei intacten Genitalien beobachtet, dieselben sind alle als rein nervöse Impotenz aufzufassen und zwar als Theilerscheinung allgemeiner Neurasthenie. Auch die sogenannten Fälle rein psychischer oder besser moralischer Impotenz werden wohl in der überwiegenden Zahl der Fälle auch darunter zu zählen sein, wobei die Impotenz das alleinige Symptom der Neurasthenie darstellt, wie in andern Fällen Dyspepsie oder dergleichen. Referent hat 200 Fälle beobachtet (gegenüber von 100 in derselben Zeit beobachteten Fällen von Impot. generandi) auschliesslich aus der Privatpraxis, während von 15000 in einem Jahr in Friedrichshain behandelten Personen nur 2 der Impotenz wegen das Krankenhaus aufsuchten, was auf die Indolenz der hospitalbevölkernden Volksklasse in diesem Punkte hinweist. Der jüngste Patient war 18, der älteste 52 Jahre, das 4. Dezennium des Lebensalters ist hauptsächlich betheiligt und recrutirt sich mehr aus Officieren, Kaufleuten und Aerzten, wohingegen Lehrer und Theologen — bekanntlich das grösste Contingent für Onanie und Pollutionen — merkwürdig selten vertreten waren. Aetiologisch kamen in 90 Proc. der Fälle frühere sexuelle Excesse (Gonorrhöe 38 Proc., Onanie 28 Proc., 30 Proc. beides, 10 Proc. coitus praeternaturalis) in Betracht; coitus interruptus oder reservatus scheint ohne Einfluss zu sein. Für eine grosse Anzahl kommt neuropathische Constitution, auch bei tadelloser Vergangenheit in Betracht. Die begleitende Neurasthenie zeigt die bekannte Variabilität der Symptome (Kopfbeschwerden, Dyspepsie, Sexualneuralgie, Abspannung, geistige Leere, Sprachstörungen etc.), damit contrastirt die Spärlichkeit des objectiven Befunds. Sehr selten Hyperaesthesie der Genitalien, Atrophie nie, öfters Varicocelen. Symptomatisch gliedert Referent das Leiden nach den vier Momenten der Cohabitation, Erectio, Libido, Ejaculatio, Orgasmus. Die Erection fast immer gestört, kurz vor dem Act gewöhnlich Erschlaffung des Gliedes, Libido und Orgasmus gleichfalls herabgesetzt und Ejaculatio weniger kraftvoll. Diese Kranken werden mehr von ihren Frauen zum Arzt geschickt als aus eigenem Bedürfniss. In anderen Formen ist die Libido gesteigert, während die anderen Momente Herabsetzung zeigen, in einer dritten Form besteht Ejaculatio kräftig aber ohne Orgasmus, in einer vierten schliesslich ist die Libido fast erloschen, die Erection nur auf directe starke mechanische Reizung möglich. Diese Form erinnert an die psychische Impotenz, die durch geistige, den Intellect völlig in Anspruch nehmende Beschäftigung entsteht wie z. B. bei Newton. Bei manchen Fällen ist die Ursache sexuelle Neuropathie (Perversität) oft bestehen somatische Krankheiten als Grundlage, wie Diabetes mellitus, weniger chronische Nephritis, dagegen öfter Tabes und Gehirnlues.

Die Prognose ist nicht allzu günstig. $^1/_3$ der Fälle wurden geheilt, $^1/_3$ gebessert, $^1/_3$ ungeheilt oder verschlimmert aus der Behandlung entlassen. Dieselbe ist die unbestreitbare Domäne des internen beziehungsweise des Nervenarztes. Eine locale ätzende

Behandlung, wie sie von den berufenen und unberufenen Harnröhrenspecialisten ausgeführt wird, ist bei der reinen Neurose unbedingt zu verwerfen und selbst bei bestehender Urethritis bisweilen zu vermeiden. Die Therapie muss vor Allem hygienisch wirken, in erster Linie durch Anempfehlung völliger geschlechtlicher Abstinenz, Verbot körperlicher und geistiger Arbeit, ev. Anrathen von Reisen. Von sonstigen Methoden ist eine milde modificirte Playfaircur mit Hydropathie, ev. combinirt anzurathen. Die Erlaubniss zur Ehe ist nicht unbedingt zu verweigern.

Keine Discussion.

Herr **Dettweiler**-Falkenstein: **Demonstration eines Taschenfläschchens für Hustende.**

Referent knüpft an die bekannten Cornet'schen Untersuchungsergebnisse an, dass die Infectionsgefahr der Phthisiker nur auf das durch Unreinlichkeit verstäubte Sputum zurückzuführen sei. Der Träger desselben und damit der grössten Infectionsgefahr für Haus, Schule, Gesellschaft etc. sei das Taschentuch, in welches der Auswurf gespuckt zu werden pflegt. Um den Kampf gegen diesen durch unsere gesellschaftlichen Traditionen eingewurzelten Missbrauch zu übernehmen, hat Referent ein Fläschchen construiren lassen (bei Nölle in Lüdenscheid), das Oeffnungen mit Schraubenverschluss besitzt, eine obere grössere zum Einführen des Auswurfs durch einen Trichter, der gleichzeitig den Abfluss nach oben verhindert, und eine kleinere zur Entfernung des Inhalts. Referent legt das Geräth dem Urtheil des Congresses vor und betont die Pflicht jedes Arztes, das Publicum auf die Ansteckungsgefahr des Auswurfs aufmerksam zu machen und davor zu behüten.

Herr Cornet-Reichenhall begrüsst die an sich unscheinbare Erfindung des Vorredners als ein bedeutsames Mittel zur Bekämpfung der tuberculösen Infection.

Herr Quincke-Kiel glaubt, dass eine gewisse Ansteckungsfähigkeit den Taschentüchern durch das Abwischen des phthisischen Mundspeichels erhalten werden wird.

Herr Mosler-Greifswald spricht sich völlig im Sinne des Referenten aus und meint, dass diese Maassregel auch bei allen Infectionskrankheiten durchzuführen sei. Er erinnert dabei an die von ihm neuerdings publicirten Fälle contagiöser Pneumonie.

Herr Fürbringer-Berlin bezweifelt die practische Durchführbarkeit der Dettweiler'schen Vorschläge bei allen, besonders bei schweren Kranken.

Herr **Ebstein** (zusammen mit Hrn. Nicolaier) Göttingen: **Vortrag und Demonstration über experimentelle Erzeugung von Nierensteinen.**

Referenten haben bei Hunden durch Fütterung mit Oxaminsand innerhalb 18 Tagen bei Hunden künstliche Nierensteine erzeugt, die grössten waren im Nierenbecken localisirt. Sie besitzen die Härte 2, haben rauhe Oberfläche, und zeigen auf dem Schnitte kreisförmige Figuren und radialstrahlige Aggregate. Sie bestehen nur aus Oxamin und einem Gerüst einer eiweissartigen Substanz. Das letztere zeigt nach Auflösung des Concrementes durch Digestion bei 80—90° C. alle Eiweissreactionen.

Keine Discussion.

Herr **Klemperer**-Berlin: **Ueber Magenerweiterung und ihre Behandlung.**

Referent hat 17 Fälle von Dilatation auf der Leyden'schen Klinik beobachtet, bei denen keine Strictur bestand, (die mit Strictur wurden bald der chirurgischen Klinik überwiesen). Von diesen zeigten sich 8 mit herabgesetztem Säuregehalt, 2 mit normalem, 7 mit erhöhtem. Ueber die Beziehungen zwischen Hyperacidität und Dilatation urtheilt er nach Beobachtung an 21 Fällen von Hyperacidität. Hiervon hatte eine Gruppe von 12 Fällen gute motorische Kraft, die unter den Symptomen nervöser Dyspepsie verliefen und die wohl als reine Secretionsneurosen aufzufassen sind. In einer anderen Gruppe bestand motorische Schwäche, einmal anscheinend auf Grund von Ueberdehnung durch ungeeignete und überreichliche Nahrung entstanden; hierunter fallen auch nach des Referenten Ansicht die Fälle von Hypersecretion, (in einem von diesen wurde Verminderung der saccharificirenden Wirkung des Speichels beobachtet). Ferner Fälle von motorischer Schwäche und Hyperacidität ohne nachweisbare Ursache. Referent hält hier die motorische Schwäche für das Primäre, wahrscheinlich hervorgegangen durch einen »Torpor« des Vagus, worauf wegen dabei beobachteter Herzpalpitationen zu schliessen sei. Die Hyperacidität entstünde dabei durch den Reiz der länger im Magen verweilenden Speisen und sei nicht als das primäre Moment für das Zustandekommen der Ectasie zu betrachten. Die Erfolge der Therapie seien wesentlich optimistischer aufzufassen, wie früher, es können Dilatationen entschieden sich wieder zurückbilden. Einen derartigen ausgesprochenen Fall davon habe er durch die Section bestätigt gesehen. Bei chronisch verlaufenden Fällen sei eine anatomische Rückbildung natürlich nicht zu erwarten, doch stellt sich die motorische Kraft bei geeigneter Behandlung beinahe vollständig wieder her. Für die Behandlung kommen in Betracht erstens Ausspülung, am besten des Abends unter Zuhülfenahme von wenig Wasser. Wichtiger sei die Ernährung, wobei zu bemessen, dass der dilatirte Magen fast gar nicht resorbirt, daher kein Fleisch, sondern Material, das im Darm zur Resorption gelangt, also Kohlenhydrate und Fette, letztere am besten in Form der Sahne, das Kohlenhydrat als Traubenzucker, ferner Brod und Butter; daneben Massage, Elektricität, Amara (Kreosot) und Alcohol.

Discussion. Herr Posner-Berlin theilt im Auftrage des am Erscheinen verhinderten Herrn Ewald-Berlin mit, dass derselbe eine Rückbildung von Dilatationen nur bei den frühzeitigen, noch nicht ausgebildeten Formen für möglich hält, dass dagegen die classischen Formen, welche postmortal histologische Degenerationen im Muskelgewebe zeigen, keiner Besserung fähig sind.

Herr Lenhartz-Leipzig bestätigt auf Grund seiner Erfahrungen die Priorität der motorischen Schwäche vor der Hyperacidität.

Herr v. Basch-Wien nimmt mit Oser vorübergehende Formen von Magenektasie an. Er glaubt auf Grund von zu anderem Zweck angestellten Versuchen, dass sich bei Vagusreizung Erregungen depressorischer Nerven, die auf den Tonus der Magenmusculatur wirken, einstellen können.

Herr v. Ziemssen-München betont die völlige Ungefährlichkeit der Kohlensäureauftreibung im geeigneten Falle, die Herr Klemperer anzweifelte.

Herr **Hanau**-Zürich: **Demonstration von Ueberimpfung künstlich erzeugter Carcinome.**

Referent hat zum ersten Male im Gegensatz zu allen früheren stets misslungenen Versuchen mit Erfolg Carcinome überimpft. Er benutzte dazu Stücke eines Vulvacarcinoms einer weissen Ratte, welche er zwei Ratten in's Scrotum einführte. Beide Thiere hatten nach 2 Monaten Carcinome, das eine ausgedehnte Peritonealcarcinose, das andere 2 carcinomatöse Knoten im Scrotum. Histologisch fand sich völlige Uebereinstimmung zwischen dem Impfkrebs und dem Mutterkrebs. Die Impfungen gelangen im Gegensatz zu den früheren durch Ausschluss aller Versuchsfehler.

Keine Discussion.

IV. Sitzung: Dienstag den 16. April, Nachm. $1^3/_4$ Uhr.

Vorsitzender: Herr Trier-Kopenhagen.

Herr **Lauenstein**-Hamburg: **Bemerkungen zur Behandlung der Pylorusverengerung nebst Demonstration zweier auf verschiedene Weise operirter Patienten.**

Referent berichtet über diagnostische Erfahrungen aus 20 operativ behandelten Pylorusstenosen. Von diesen waren 11 Carcinome, 7 Ulcera, eine Duodenalstrictur — die klinisch nicht von der Pylorusstenose zu unterscheiden ist — und ein Fall von Compression des Pylorus von aussen durch einen grossen Gallenstein. Die Pylorustumoren und die in der angrenzenden Parthie der kleinen Curvatur sitzenden Tumoren bei kleinem oder mittelgrossem Magen liegen im Epigastrium in der Höhe des 8. oder 9. Rippenknorpels. Der Tumor weicht bei Entleerung des Magens etwas nach links, bei Füllung nach rechts. Grössere mit Magendilation verbundene Geschwülste zeigen bei fehlender Verwachsung nach hinten stets grössere Excursionen, bei Füllung des Magens bis in's rechte Hypochondrium, bei Magenleere bis links oberhalb des Nabels. Tumoren, die sich

bei vollem Magen nicht finden lassen, sind bei leerem dann oft wahrnehmbar. Die Pylorusverdickungen bei Ulcus stehen im Allgemeinen tiefer, als die Carcinome, weil sie länger bestehen als diese. Sie verwachsen besonders gern mit dem Mesocolon oder Colon transversum, wobei jedoch noch erhebliche Verschiebbarkeit bestehen kann. Die Beweglichkeit des Tumors ist für den Chirurgen wichtig wegen der Schlüsse, die derselbe auf die Beweglichkeit des Duodenums zulässt.

Bei Pyloruscarcinomen ist die Ectasie gewöhnlich geringer als bei Geschwürsstricturen. Zur Bestimmung der Grösse des Magens ist die Anfüllung von Werth, die Capacität schwankte zwischen $^1/_4$ und $3^1/_4$ Litern in 20 Fällen. In den Fällen, wo bei längerem Bestehen von Erbrechen dasselbe trotz leichter flüssiger Diät nicht aufhörte, zeigte sich der Pylorus am Präparate ohne jegliches Lumen für das Auge.

Da die Drüsenbetheiligung und disseminirte Verbreitung des Carcinoms nicht vor Eröffnung der Bauchhöhle constatirbar ist, so ist die Probelaparotomie (im Gegensatz zum Ileus) bei Pylorustumoren immer empfehlenswerth. Drei Operationen sind möglich, für die man sich aber erst nach Eröffnung der Bauchhöhle entscheiden kann. 1) Plastik, nach Heineke-Mikulicz bei gutartigen Stenosen ohne Wandverdickung, 2) Anlegung der Magendünndarmfistel nach Wölfler, für inoperable Fälle von Carcinom und Ulcus; sie beseitigt das Erbrechen, faulige Aufstossen und Druckgefühl und kommt bei Ulcus der Radicaloperation nahe; sie ist in 50 Minuten ausführbar und weniger gefahrvoll wie die Resection. 3) Die Pylorusresection, in $1^1/_2$ Stunden ausführbar, für nicht verwachsene Carcinome oder Stenosen nach Ulcus. Sie hat nur dann Aussicht, wenn der Patient noch widerstandsfähig ist, und sind ihre Resultate im Ganzen noch schlecht. Zum Schluss demonstrirt Referent zwei Patienten, von denen der eine mit Resection, der andere mit Anlegung einer Magendünndarmfistel operirt wurde.

Discussion. Herr Leube-Würzburg hält die Operation der Magendünndarmfistel nur dann für angebracht, wenn die subjectiven Beschwerden danach aufhören, welchen Eindruck er nicht durch die Ausführungen des Referenten gewonnen.

Herr Lauenstein berichtigt diese nur durch ein Missverständniss entstandene Auffassung.

Herr Curschmann-Hamburg betont, dass die Chirurgie die Magenresection gerade am unglücklichsten Punkte, nämlich bei dem Carcinom, angegriffen, daher schlechte Erfolge erzielt habe. Oft könne der Chirurg, ohne es zu wissen, im Kranken operiren, da sich die Dissemination des Carcinoms nur mikroskopisch nachweisen liesse. Die Probelaparotomie ist unter allen Umständen bei älteren carcinomverdächtigen Individuen zu rechtfertigen. Die gutartigen Tumoren und narbigen Stenosen werden der Chirurgie wohl mehr und mehr und zwar mit Recht zufallen.

Herr Leyden-Berlin würde die Berechtigung der Operation anerkennen, wenn das Leben dadurch wirklich verlängert werde. Nach des Referenten Resultaten scheint dies in einigen Fällen entschieden erreicht. Dagegen scheine die blosse Erleichterung von Beschwerden allein die Operation ihm nicht zu indiciren. Bei gutartigen Stricturen soll man noch zurückhaltender sein. Nur dann sind dieselben lethal, wenn sie einem Verschluss gleichkommen, alle anderen lassen noch interne Behandlung zu und erst wenn dieselbe erschöpft, soll die Operation als ultimum refugium in Angriff genommen werden.

Herr Curschmann nimmt den letzteren Vorbehalt als natürlich für seine vorherige Aeusserung über die Operirbarkeit gutartiger Stenosen an. Hinsichtlich der Carcinome fügt er noch hinzu, dass die an röhrenförmigen Organen sitzenden Carcinome, wie Darm- und Mastdarmcarcinom, gerade bis jetzt für die Chirurgie die besten Chancen gegeben haben, welche sich daher wohl auch auf die Pylorusresection übertragen lassen werden.

Herr **Roser**-Hanau: **Demonstration einer Patientin, an der wegen Carcinom der ganze Kehlkopf exstirpirt worden war.**

Die Operation erfolgte mit Exstirpation des Zungenbeins. Die Patientin vermag mit in der Nähe deutlich vernehmbarer Flüsterstimme zu reden.

Keine Discussion.

Herr **Rosenfeld**-Berlin: **Demonstration eines neuen Commabacillus.**

Referent vermochte aus jauchigem Empyem einen Bacillus rein zu züchten. Derselbe wächst auf Gelatine als brauner Belag im Verdunstungstrichter, auf Agar zeigt er gleichfalls braunes Wachsthum in leicht faltiger Haut, auf Kartoffeln mehr orange gefärbt. Mikroskopisch verhält er sich dem Cholerabacillus ähnlich, zeigt in den ersten 3 Tagen ovoide Stäbchenform, dann die Gestalt des Comma, später Spiralen, gekörnte Spiralen und schliesslich Körner. Er ist anscheinend für das Empyem durchaus nicht pathogen, scheint höchstens mit dem Geruch in gewisser Beziehung zu stehen, insofern er leicht foetid riecht.

Keine Discussion.

Herr **Finkelnburg**-Bonn: **Ueber bodenständige Verbreitungsverhältnisse der Tuberculose in Deutschland.**

Referent hat auf Grund der statistischen Erhebungen über die Verbreitung der Tuberculose in den letzten Jahren 1880 bis 1886 Resultate gefunden, welche die verschiedene Ausdehnung der Erkrankung in den verschiedenen Landestheilen in einen gewissen Zusammenhang mit der Bodenbeschaffenheit bringt. Es existirt ein grosser Unterschied in der Verbreitung zwischen den moorigen Gegenden in Nordwest- und Nordostdeutschland. In ersteren ist die Verbreitung der Krankheit am dichtesten (am meisten im Kreise Meppen). Referent bringt dies in Zusammenhang mit den verschiedenen Abfluss- und Stagnationsbedingungen des Grundwassers in Hochmooren und Tiefmooren, während die Berücksichtigung socialer und gewerblicher Verhältnisse zur Erklärung der Beziehungen nicht auszureichen scheinen.

Keine Discussion.

Herr **v. Ziemssen**: **Ueber die Bewegungsvorgänge am menschlichen Herzen und das zeitliche Verhalten der einzelnen Phasen der Herzrevolution.**

Referent hatte Gelegenheit analog dem früher von ihm beschriebenen Fall von freiliegendem Herzen durch Rippenresection einen neuen bei einem 14jährigen Knaben zu beobachten. Durch geeignete Verbindung des Polygraphen mit einem Stimmgabelapparat konnte die Zeitmessung äusserst genau erfolgen. Aufgezeichnet wurde die Bewegung am Spitzenstosse. An dem graphischen Bilde der Herzbewegung liess sich im aufsteigenden Schenkel Herzpause, Vorhofscontraction und Ventrikelcontraction bei geschlossenen Ostien, im absteigenden Schenkel hintereinander Ventrikelcontraction bei abnehmendem Volumen, dann die beiden den Semilunarklappenschluss bedeutenden Erhebungen, und als Schluss des Schenkels die reine Diastole verfolgen. Referent fand nun die einzelnen Phasen im Grossen und Ganzen von constanter Zeitdauer, und bei Versuchen über die Wirksamkeit von Alcohol und Digitalis fand sich, dass nur die normale Zeit der Herzpause und Vorhofscontraction Aenderungen unterliege, und zwar die Norm von 0,25" bei Alcohol auf 0,018" verringert, bei Digitalis auf 0,46" vermehrt. Der absteigende Schenkel zeigte bis auf geringe Schwankungen der Zeit zwischen beiden Semilunarklappen keine Veränderung. Bei der Inspiration tritt auch der dem Pulmonalklappenschluss entsprechende Hügel etwas höher.

(Schluss folgt.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 9. April 1889.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

I. **Demonstrationen.** Herr **Fränkel** berichtet zunächst über einen 41jährigen Mann mit **infectiöser Osteomyelitis des Unterkiefers**, welche durch energisches chirurgisches Eingreifen zur Heilung gelangte. Der Herd, welcher in der rechten Unterkieferhälfte sass, wurde aufgemeisselt, worauf sofortiger

Fieberabfall und Besserung auftrat. Später entstand ein Recidiv, das durch eine zweite Operation beseitigt wurde, worauf definitive Heilung erfolgte. Ein zweiter, vor einigen Tagen beobachteter Fall verlief ungünstiger. Derselbe betraf ein 4jähr. Kind, das zuerst Diphtherie bekam und tracheotomirt werden musste. Hieran schloss sich eine vorübergehende Schlucklähmung, die Ernährung per rectum erforderlich machte. Acht Tage später trat dann die Unterkieferaffection auf, der der Patient trotz energischer Incisionen erlag. Die Section ergab eine Lungengangrän beiderseits und ausgedehnte Osteomyelitis des Unterkiefers. Als Ausgangspunkt liessen sich mehrere cariöse Backzähne feststellen. (Demonstration des Präparates.)

Jaffé.

II. Herr **Kast: Ueber die klinische Bedeutung der Fäulnissvorgänge im Darmcanale.** — (Autorreferat folgt.)

Verschiedenes.

(Die Frequenz der deutschen Universitäten.) Aus den amtlichen Personalverzeichnissen der deutschen Universitäten stellt der »Deutsche Reichsanzeiger« folgende Nachweisung, geordnet nach der gegenwärtigen Zahl der im Wintersemester 1888/89 immatriculirten Studirenden, zusammen: Berlin 5790, München 3602, Leipzig 3430, Halle 1624, Würzburg 1624, Breslau 1312, Tübingen 1228, Bonn 1169, Göttingen 934, Erlangen 933, Strassburg 881, Greifswald 860, Freiburg 850, Heidelberg 807, Marburg 791, Königsberg 760, Jena 570, Giessen 525, Kiel 463, Münster 418, Rostock 352, zusammen 28,923. Von dieser Gesammtzahl waren immatriculirt: bei der (evangelischen und katholischen) theologischen Facultät 5824, bei der juristischen Facultät 6577, bei der medicinischen Facultät 8662 und bei der philosophischen (philologisch-historischer und mathematisch-naturwissenschaftlicher Abtheilung) 7860.

(Bädernachrichten.) Die Quellen des kgl. bayr. Stahl- und Moorbades Steben wurden im verflossenen Jahre im Auftrage der kgl. Regierung von Oberfranken, die durch mustergiltige Badeeinrichtungen und durch Förderung der Interessen jeder Art das Bad zu heben bestrebt ist, einer wiederholten Analyse durch Prof. Dr. Hilger in Erlangen unterzogen, über deren Ergebniss uns der kgl. Brunnenarzt in Steben, Herr Dr. Stifler, folgende Mittheilungen macht.

Chemische Analyse nach Prof. Dr. Hilger in Erlangen 1888.

Die Quellen enthalten in 1000 ccm		Tempel-Quelle	Wiesen-Quelle
Chlornatrium	$NaCl$	0,0041	0,0025
Schwefelsaures Natron	Na_2SO_4	0,0052	0,0012
» Kali	K_2SO_4	0,0011	0,0092
doppeltkohlensaures Natron	$Na_2O(CO_2)_2$	0,0521	0,0654
» Lithion		Spuren	Spuren
» **Eisenoxydul**	$FeO(CO_2)_2$	**0,0623**	**0,0553**
» Manganoxydul	$MnO(CO_2)_2$	0,0040	0,0034
» Kalk	$CaO(CO_2)_2$	0,3242	0,3750
» Magnesia	$MgO(CO_2)_2$	0,1340	0,1254
Kieselsäure	SiO_2	0,0629	0,0601
Phosphorsäure		Spuren	Spuren
Thonerde		Spuren	Spuren
Gesammt-Kohlensäure		**3,0740**	**2,6020**
Freie und halbgebundene Kohlensäure		**2,9000**	**2,4100**
Freie Kohlensäure		**2,7260** oder **1382,8ccm** Gas bei 760 mm Barom.-St. und 0° C.	**2,2167** oder **1124,6ccm** Gas bei 760 mm Barom.-St. und 0° C.

Bei 0,6 festen Bestandtheilen sind beide Quellen reine Stahlsäuerlinge, besonders ausgezeichnet durch die Grösse des Stahlgehaltes und der bisher von Stahlquellen unerreichten Menge von Kohlensäure.

Die Stärke des Stahlgehaltes ist vollkommen ausreichend zur physiologischen Begründung der Eisenwirkung; reine Stahlsäuerlinge sind leichter verdaulich und präciser in der Wirkung.

Von dem Kohlensäure-Gehalte der Quellen ist 1/3 als sichtbar freie und 2/3 als gelöst freie Kohlensäure zu betrachten; von letzterer hängt die Stärke des kohlensauren Stahlbades und dessen Wirkung ab.

Das normale Stahl-Vollbad Stebens hat bei 26° R. ca 1000 ccm CO_2 im Liter, nach halbstündiger Badedauer höchstens um 1/5 weniger Kohlensäure. Die gleiche Constanz haben wir auch im zu gleichen Theilen mit Süsswasser vermischten Stahlbades in 1000 ccm Wasser 1,20 = 608 CO_2 nach 1/2 stünd. Steben und Umrühren in 1000 ccm Wasser 1,19 = 604 CO_2.

Das Stahl-Vollbad in Steben ist klar, moussirt fast gar nicht; sofort wird der Badende über und über mit Kohlensäure-Bläschen bedeckt, die moussirend und schäumend bei Bewegung entweichen; im Ruhezustand wiederholt sich der Vorgang in gleicher Weise durch die ganze Badedauer.

Das kohlensaure Stahlbad Stebens ist an Gehalt absorbirter Kohlensäure unübertroffen.

Die Eisenmoorerde Stebens ist ausserordentlich fein, eigentlicher Blätter-Moor, im Zustande regster Zersetzung, im Anstiche gelbroth, färbt sich an der Luft sofort schwarz; daher die stark saure Reaction.

Herr Prof. Dr. Hilger in Erlangen hat auch das Stebener Moor 1888 analysirt; nach ihm enthält die zu einem Bade verwendete Moormenge = 100 kg folgende Werthe:

Wassergehalt des frischen Moores	87500,0 g
Trockensubstanz	12500,0 »
Asche (Mineralsubstanzen)	3880,0 »
Organische (verbrennbare) Substanzen	8620,0 »
Freie Kohlensäure des Moores	5070,0 ccm Gas
Flüchtige Bestandtheile	SH
In Wasser lösliche Bestandtheile	170,0 g
Organische Stoffe darin	30,0 »
Mineralbestandtheile	14,0 »

Die Asche des wässerigen Auszugs enthält:

Kalk	50,0 g
Magnesia	7,0 »
Schwefelsäure	75,0 »
Kieselsäure	10,0 »
Kohlensäure	Spuren

Die Gesammtasche des Moores besteht aus:

In Salzsäure unlöslich:	Thon, Kieselsäure	3880,0 g
In Salzsäure löslich:	Eisenoxydul	681,0 »
»	Manganoxydul	8,0 »
»	Kalk	460,0 »
»	Magnesia	70,0 »
»	Schwefelsäure	1480,0 »

In Alkalien lösliche Substanzen des frischen Moores:

Humussubstanzen	200,0 g
Harzsäuren	140,0 »

Das specifische Gewicht des frischen Moores beträgt 1,06.

Zur Bereitung eines normal dichten Moorbades werden zu 100 k Moor 100 Liter Stahlwasser genommen.

Die klimatischen Verhältnisse Stebens entsprechen den Hauptanforderungen eines Höhen-Curortes: Reine staubfreie Luft in Folge weniger leicht zerfallenden Gesteins des Bodens, grösserer Niederschlagshäufigkeit und Anwesenheit von Waldcomplexen; relativ grösserer Gehalt an Ozon; starke Ventilation durch intensive Berg- und Thalwinde; das Localklima Stebens charakterisirt sich als mässig feuchtes, alpines Klima.

Um ein Bild der vielseitigen Indicationen Stebens zu geben, theile ich hier das Procent-Verhältniss der Saison 1888 in Steben ärztlich beobachteten Krankheitsformen mit, das mit dem Vorjahre so ziemlich übereinstimmt:

	1888	1887
Rachen- und Respirations-Organe; Katarrh	1,0 Proc.	3,0 Proc.
Erkrankungen des Herzens und der Gefässe	7,6 »	2,2 »
» der Verdauungsorgane	5,4 »	5,4 »
» der Niere und Blase	1,4 »	3,3 »
» des gesammten Nervensystems	23,8 »	23,6 »
» der weiblichen Sexualorgane	16,8 »	20,9 »
Anomalien des Blutes	27,7 »	28,2 »
Chronischer Rheumatismus und Gicht	12,1 »	11,2 »
Aeussere Krankheiten	3,2 »	1,9 »

Diese Krankheitsformen wurden bei 400—500 Curgästen in betreffender Saison beobachtet. Wenn ich auch direct und indirect bei der grossen Mehrzahl der Curgäste ausgezeichneten Curerfolg constatiren konnte, so halte ich doch, Collegen gegenüber, nur jene badeärztliche Heilungs- oder Erfolg-Statistik für werthvoll und einspruchslos, die von den mandirenden Hausärzten contrasignirt ist.

Therapeutische Notizen

(Zur Diphtheriebehandlung.) Dr. Renvers, Assistent der Klinik Leyden's, stellt in einer Arbeit »Die künstliche Ernährung bei der Behandlung der Diphtherie« (Therap. Monatsh., April) folgende Principien der Diphtheriebehandlung auf: 1) Local: Antiseptische Lösungen zur Reinigung des Rachens und der Mundhöhle, aber nur alle 2—3 Stunden, Eispillen, Eiscravatte. Eventuell Inhalationen. 2) Specifica wurden nicht versucht und auch bei hoher Temperatur kein Antipyreticum gereicht. 3) Möglichste Ruhe wurde dem Patienten verschafft. Das häufige Mundspülen und namentlich das minutenlange Gurgeln wurde ebenso wie die häufige Untersuchung der Rachenorgane absichtlich vermieden, dabei gleichzeitig für psychische Beruhigung

und Aufmunterung Sorge getragen. Gerade in dieser Beziehung wurde 4) Morphium angewendet. Der vorsichtigen Anwendung desselben im Verlauf der Diphtherie legen wir eine besondere Bedeutung bei. Kein anderes Mittel kann die meist grosse Unruhe der Kranken beseitigen, ihre Schmerzen und Unbequemlichkeiten lindern, sowie ihnen Schlaf und damit Stärkung bringen. In keinem Fall sahen wir unangenehme schwächende Wirkungen eintreten, aber oft hörten wir Worte des Dankes für die geschaffene Erquickung und Ruhe. Selbstverständlich haben wir uns auf die Anwendung nur kleiner Dosen von 0,003 bis höchstens 0,01 Morphium[1]) beschränkt und auch diese immer zuerst am Tage versucht, um selbst die Wirkung auf den Patienten beobachten zu können. 5) Die Ernährung der Kranken wurde vom ersten Tage der Behandlung an besonders beobachtet, dabei gleichzeitig die Zufuhr von starkem Wein angeordnet. In jedem Falle, wo die spontane Nahrungsaufnahme, sei es in Folge von Schmerzen beim Schlucken, Lähmung der Schlingorgane oder in Folge grosser Abneigung ungenügend war, wurde die künstliche Ernährung eingeleitet.

Die künstliche Ernährung geschah mittels der Schlundsonde; gewöhnlich wurden 3 mal täglich je $^1/_2$—$^3/_4$ l Milch, 2—3 Eigelb, 20—30 g Zucker und $^1/_{15}$ - $^1/_7$ l Sherry gefüttert. 4 Krankengeschichten werden ausführlich mitgetheilt.

(Behandlung des Keuchhustens mit dem Carbolspray.) Dr. Mauriac in Bordeaux, der früher für die Resorcinbehandlung des Keuchhustens eingetreten war, ist davon ganz zurückgekommen und empfiehlt in einer neuen Publication (Journ. de méd. de Bord., 7. Apr.) wegen der leichteren Durchführbarkeit bei ebenso grosser Wirksamkeit die Behandlung mit dem Carbolspray. Er verwendet einen grossen Dampfspray, mit dem täglich 1 Liter 5 Proc. Carbollösung in drei Zeiten zerstäubt wird; das Zimmer bleibt sorgfältig geschlossen; der Kranke soll dasselbe vor seiner vollständigen Heilung nicht verlassen. Die Erfolge waren sehr günstige; die Zahl der Anfälle vermindert sich rasch, und nach ca 20tägiger Behandlung verschwanden dieselben ganz. Intoxicationen kamen nicht vor. Die Methode ist übrigens schon früher von deutscher Seite empfohlen worden.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 23. April. Das Collegium der Gemeindebevollmächtigten hat in öffentlicher Sitzung den Bau einer neuen chirurgischen Klinik gemäss dem in geheimer Sitzung gefassten Magistratsbeschluss einstimmig genehmigt. Die Stadt zahlt zu dem Bau 493,000 M. und 71,000 M. für die innere Einrichtung, somit zusammen 564,000 M., der Staat 388,000 M.

— Zum dirigirenden Arzt für die chirurgische Abtheilung des neuen städtischen Krankenhauses auf dem Urban in Berlin ist Dr. W. Körte, zum dirigirenden Arzt der inneren Abtheilung Prof. Dr. Albert Fränkel gewählt worden.

— Die städtische Deputation für öffentliche Gesundheitspflege hat in ihrer Sitzung vom 13. April mit grosser Mehrheit beschlossen, dem Magistrat die Annahme des den Stadtverordneten vorgelegten Bauplanes für die zweite städtische Irrenanstalt in Lichtenberg zu empfehlen, also 6 zweigeschossige (statt der ursprünglich vorgesehenen 4 dreigeschossigen) Gebäude zu errichten.

— Der Stadt Berlin ist durch ein Vermächtniss das Soolbad Peine in Hannover zugefallen unter der Bedingung, eine bestimmte Anzahl von Freibädern an Bedürftige zu verabfolgen. Die Stadträthe Eberty und Wasserfuhr begeben sich nach Peine, um zu begutachten, ob die Stadt die Erbschaft antreten soll.

— Die dritte geburtshilfliche Klinik in Wien, welche, wegen zahlreicher in derselben vorgekommener Wochenbetterkrankungen geschlossen worden war, ist nunmehr, nach Verlauf von 3 Wochen, nachdem eine gründliche Desinfection aller Räume etc. stattgefunden hat, wieder eröffnet worden.

— Das Reichsgericht hat sich dahin ausgesprochen, dass der Verkauf von Morphium ohne ärztliche Anordnung strafbar ist. Vorausgesetzt wird nur, dass der Verkäufer bei der erforderlichen Achtsamkeit voraussehen konnte, es werde das Mittel Verwendung finden, um die Gesundheit einer Person durch Morphiuminjectionen zu schädigen. Solchen Falles ist fahrlässige Körperverletzung gegeben, welche mit Geldstrafe bis zu 900 Mark oder mit Gefängniss bis zu 2 Jahren geahndet wird. Eine Erhöhung der Strafe bis zu 3 Jahren tritt ein, wenn, wie regelmässig beim Arzneihandel, der Thäter zu der ausser Acht gelassenen Aufmerksamkeit vermöge seines Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war.

(Universitäts-Nachrichten.) **Amsterdam.** Dr. van Rees, Assistent am physiologischen Institut, wurde zum ausserordentlichen Professor der Histologie ernannt. — **Greifswald.** Das an der Universität Greifswald neu begründete Extraordinariat für innere Medicin, mit der Verpflichtung Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie zu halten und das Fach der Hals- und Nasenkrankheiten in theoretischen und practischen Vorlesungen zu vertreten, ist dem bisherigen Privatdocenten Dr. Strübing verliehen worden. — **Helsingfors.** Dr. Fagerlund habilitirte sich für gerichtliche Medicin.

(Todesfälle.) In Lund starb der Professor der Chirurgie Dr. C. B. Mesterton im Alter von 63 Jahren.

In Wien starb am 14. ds. der Privatdocent Dr. Fürth, Vorstand der Abtheilung für Kinderkrankheiten an der Allgemeinen Poliklinik in Wien.

[1]) Bei Kindern selbstverständlich entsprechend weniger.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassung: Dr. Franz August Klietsch (approb. 1886) zu Wörth a/M.

Wohnsitz-Verlegung: Dr. Joh. Bapt. Sartorius von Würzburg nach Schwarzhofen in der Oberpfalz.

Befördert: Zum Generalarzt II. Cl. der Oberstabsarzt I. Cl. Dr. Port, Vorstand des Operationscurses für Militärärzte, als Corpsarzt II. Armee-Corps; zu Stabsärzten die Assistenzärzte I. Cl Dr. Sator vom 14. Inf.-Reg. im 12. Inf.-Reg., Dr. Schmidt vom I. Uhl.-Reg. im 18. Inf.-Reg., Dr. Lang im 1. Jäger-Bat. und Dr. v. Orff vom 1. Schweren Reiter-Reg. im 1. Pionier-Bat., sämmtliche als Bataillonsärzte; dann in der Reserve den Assistenzarzt I. Cl. Dr. Ferd. Siebert (Aschaffenburg); in der Landwehr 1. Aufgebots die Assistenzärzte I. Cl. Dr. Augustin Gaigl (Rosenheim), Dr. Leo Zantl (Weilheim), Dr. Raimund Mayr (I. München), Dr. Xaver Mayer (Regensburg), Dr. Edmund Spruner von Mertz (Bayreuth), Dr. Karl Bail (Bamberg), Dr. Martin Herterich (Würzburg), Dr. Johann Killian und Dr. Friedrich Röchling (Ludwigshafen); in der Landwehr 2. Aufgebots den Assistenzarzt I. Cl. Joseph Auer (Regensburg); zu Assistenzärzten I. Cl. die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Hoffmann vom 5. Inf.-Reg. im 1. Jäg.-Bat., Dr. Wind im 2. Schweren Reiter-Reg., Dr. Seel im 2. Uhl.-Reg., Nadbyl im 2. Chev.-Reg., Dr. Zeitler im 3. Feld-Art.-Reg. und Rogner im 1. Pionier-Bat.; dann in der Reserve Ludwig Deisenhofer (Rosenheim), Dr. Ludwig Eisenberger, Dr. Ottmar Ammann, Dr. Kurt Stokar von Neuforn, Dr. Rudolf Cohausz, Otto Stieglitz und Dr. Martin Schröder (I. München), Dr. Otto Dees (Mindelheim), Dr. Philipp Bauer (Augsburg), Dr. Theodor Rohmer (Dillingen), Dr. Hubert Schön (Ingolstadt), Ludwig Diem und Dr. Heinrich Bopp (Gunzenhausen), Dr. Gottlieb Scheiding, Otto Klein, Dr. Anton Scherner, Dr. Sigmund Plachte, Dr. Franz Banik und Dr. Hermann Glatschke (Hof), Dr. Eduard Martius (Bayreuth), Dr. Albert Krecke (Erlangen), Friedr. Sieber (Bamberg), Dr. Johann van Nüss, Dr. Friedrich Luther und Dr. Eduard Agéron (Kissingen), Leonhard Westerhoff, Karl Pauly und Dr. Karl Schenk (Aschaffenburg), Dr. Karl Longard (Kaiserslautern), Hans Kindhäusser (Ludwigshafen), Oskar Trautmann und Dr. Karl Kummer (Landau), Dr. Friedrich Hecker und Dr. Konrad Arndt (Zweibrücken); in der Landwehr 1. Aufgebotes die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Christoph Müller (II. München), Dr. Hans Röhrig (Regensburg), Dr. Georg Zimmer (Hof), Dr. Adam Glanz (Ansbach) und Dr. August Kesseler (Aschaffenburg); zu Assistenzärzten II. Cl. der Reserve die Unterärzte Dr. Maximilian Cremer, Axel Block, Maximilian von Kryger. Albert Grunenberg und Friedrich Voit (I. München), Martin Jaster (Würzburg).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 15. Jahreswoche vom 7. bis 13. April 1889.

Brechdurchfall 14 (8*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 49 (62), Erysipelas 16 (29), Intermittens, Neuralgia interm. 5 (1), Kindbettfieber 3 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 139 (167), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 3 (3), Parotitis epidemica 4 (13), Pneumonia crouposa 24 (30), Pyaemie, Septicaemie — (3), Rheumatismus art. ac. 36 (41), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 16 (18), Tussis convulsiva 17 (18), Typhus abdominalis 1 (—), Varicellen 11 (41), Variola, Variolois — (—). Summa 338 (408). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Uebersicht der Sterbfälle in München.

(Bericht über die 15. Jahreswoche ist uns nicht zugegangen.)

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Landerer, G., Ueber traumatisches Irresein. Württ. Corr. Bl., Nr. 7.
Fleiner, Ueber die Entstehung der Luftröhrenverengerung bei tracheotomirten Kindern. S.-A; Virch. Arch., Bd. 116.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.